様式２

**「本人検査結果」**

**風しん抗体検査結果通知書**

＜医療機関記入欄＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | | 受　　付　　日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 番 | | 結果説明日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 要件確認欄 | 健康保険証 ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 母子健康手帳 （受検者・配偶者）・ その他 | | | | |
| **＜受検者記入欄＞** | | | | | |
| 氏名 | | | 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 年齢　（　　　　）歳 | | 性別　　　男・女 |
| 県内市町村に居住している方が対象。（※水戸市民は水戸市事業の対象となるため、対象外）  住所　　　　　　　 市・郡　　　　　　　 　町・村  (電話番号)　自宅：　　　　－　　　　－　　　　携帯：　　　　－　　　　－ | | | | | |
| **＜風しん抗体の考え方＞**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 抗体価（HI法） | 抗体価（EIA法IgG） | 判定 | | 8倍未満 | 陰性又は判定保留 | 免疫を保有していないため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。 | | 8倍・16倍 | 陽性（EIA価8.0未満又は国際単位①30IU/ml未満、国際単位②45IU/ml未満） | 過去の感染や予防接種により風しんの免疫がありますが、確実な感染予防には不十分です。  確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。  （妊娠を希望する女性の配偶者・同居者については、かかりつけ医と相談のうえ、ワクチン接種を検討してください。） | | 32倍以上 | 陽性（EIA価8.0以上又は国際単位①30IU/ml以上、国際単位②45IU/ml以上） | 風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。  風しん含有ワクチンの接種は、基本的に必要はありません。 |  * H26.2厚生労働省「予防接種が推奨される風しん抗体価について」   **＜検査結果＞** | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | HI法（EIA法） | 判定 | | □ | ８倍未満（陰性又は判定保留） | 免疫を保有していないため、風しん含有ワクチン接種を推奨します。 | | □ | ８倍・16倍  （8.0未満） | 免疫はありますが、確実な予防には不十分です。  確実な予防のため、風しん含有ワクチンの接種を推奨します。 | | □ | 32倍以上  （8.0以上） | 感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。 |   □検査結果及び予防接種の必要性について説明しました。（予防接種を受けるかは検討）  □検査結果及び予防接種の必要性について説明し、予防接種を実施しました。  医療機関名：  住　　　所：  電　　　話：　　　　　　　　　　　　　　　担当医： | | | | | |

**本検査結果通知書は、大切に保管して下さい。**