

(様式第3号)

# 風しん抗体検査 結果報告書

平成 年 月実施分

EIA法 ・ HI法 (いずれかに○)

〒

所在地

医療機関

受検者数	名
------	---

抗体を有していない者又は抗体価の低かった者	名
-----------------------	---

※EIA価 8.0未満及びHI抗体価 32倍未満の者です。

	在住市町村	年齢	性別	検査結果 (数値)	受検理由		在住市町村	年齢	性別	検査結果 (数値)	受検理由
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					

<受検理由>

1. 妊娠を希望する女性
2. 上記1の配偶者などの同居者
3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者


名  
名  
名