

(様式3)

風しん抗体検査結果通知書

氏 名： _____

住 所： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

採血年月日	年	月	日
検 査 結 果	検査方法	抗体価	判定 (○で囲んでください)
	H I 法		3 2 倍以上 1 6 倍以下
	E I A 法		8 . 0 以上 8 . 0 未 満
	 予防接種をご検討ください。		
備 考			

年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印

○「H I 法で1 6 倍以下」又は「E I A 法で8 . 0 未 満」の方は、風しんの予防接種を御検討ください。

○お住まいの市町村によっては、風しんの予防接種費用の助成を行っていますので、予防接種を受ける前にお住まいの市町村の予防接種担当部署にお尋ねください。

○妊娠中の女性及び妊娠をしている可能性がある女性は、風しんの予防接種を受けることができません。また、接種後、少なくとも2 か月間の避妊が必要です。

市町村ホームページ
へのリンク

