様式第４号

風しん抗体検査結果通知書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 住　所 |  | | |
| 令和　　年　　　月　　　日（採血日）に実施した、風しん抗体検査の結果は  下記のとおりです。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 検査結果  （該当項目に○） | | 判　　　　定 | | ＨＩ法 | ＥＩＡ法 | | ８倍未満 | 陰性・判定保留 | 風しんの感染予防に十分な免疫を保有していません。  **風しん含有ワクチンの予防接種を推奨します。**  接種について医師と相談してください。 | | ８倍・16倍 | 陽性  （EIA価8.0未満） | 過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。  感染によりお腹の赤ちゃんに影響が生じる可能性があります。  **確実な予防のため、風しん含有ワクチンの予防接種を推奨します。**  接種について医師と相談してください。 | | 32倍以上 | 陽性  （EIA価8.0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。 |     **妊娠を希望される女性の方へ**  風しん含有ワクチンの接種を受けた後、２ヶ月間は避妊が必要です。また、妊娠している間は風しん含有ワクチンの接種を受けることができませんので、抗体価が感染予防に十分でない場合にはできるだけ早期にワクチン接種を御検討ください。  　　令和　　年　　月　　日  医療機関名  所在地  医師名  （自署又は記名押印） | | | |