

様式 2

岩手 太郎

様

(対象者氏名)

## 記入例：医療機関用

風しん抗体検査結果判明後、  
本様式に必要事項を記入し、  
受検者にお知らせしてください。

医療機関名

〇〇病院

医療機関代表者名

〇〇長〇〇〇〇

印

### 岩手県風しん抗体検査結果

このことについて、次のとおり検査結果をお知らせします。

#### 1 検査方法・結果通知

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 検査方法 | H I 法 ・ E I A 法            |
| 結果数値 | 8 未満 (倍) ・ E I A 価 ・ IU/ml |

※該当する検査に○をつける

※結果数値を記入し、単位に○をつける

#### 2 抗体価と予防接種について

|      |                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------|
| 該当に☑ | 抗体価と予防接種について                                                           |
| ☑    | あなたは、風しんに対する免疫を保有していないため、 <u>ワクチンの接種を推奨します。</u>                        |
| ☐    | あなたは、風しんに対する免疫はありますが、確実な感染予防には不十分です。<br>確実な予防のため <u>ワクチンの接種を推奨します。</u> |
| ☐    | あなたは、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。                                     |

#### [判定表]

| 検査方法            | 測定キット名<br>(製造販売元)                                     | 風しん抗体価 (単位等)    |                       |                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
|                 |                                                       | 免疫を保有していない      | 免疫はあるが確実な感染予防には不十分    | 風しんの感染予防に十分な免疫がある     |
| 赤血球凝集抑制法 (HI 法) | —                                                     | 8 倍未満<br>(希釈倍率) | 8 倍 ・ 16 倍<br>(希釈倍率)  | 32 倍以上<br>(希釈倍率)      |
| 酵素免疫法 (EIA 法)   | ウイルス抗体<br>E I A 「生研」ルベラ 1gG<br>(デンカ生研株式会社)            | 陰性又は判定保留        | 8.0 未満<br>(E I A 価)   | 8.0 以上<br>(E I A 価)   |
|                 | エンザイグノスト B<br>風疹 / 1gG<br>〔シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社〕 | 陰性又は判定保留        | 30 IU/ml 未満<br>(国際単位) | 30 IU/ml 以上<br>(国際単位) |