

記入例：医療機関用

様式3

▲▲ 〇年 〇月 〇日

岩手県知事 様

所在地 岩手県〇〇市〇〇町〇番〇号
法人名 医療法人〇〇〇〇
医療機関名 〇〇病院
代表者職・氏名 〇〇長〇〇〇〇

印 印

岩手県風しん抗体検査実施報告書

風しん抗体検査に係る▲▲ 〇年 〇 月実施分について、次のとおり報告します。

検査名	検査方法	検査件数	検査結果	備考
風しん抗体検査	H I 法	〇〇 件	別添問診票のとおり	
	E I A 法	〇 件	別添問診票のとおり	

※ 様式1「問診票」の写しを添付すること

※ 「実施月」は、「検査結果を対象者に通知した月」であることに留意すること

【例】：採血した月が「4月」で、結果通知をした月が「5月」の場合、
実施月は「5月」となります。

※原則として令和8年3月31日までに検査結果を相手方に通知できるよう、
検査を実施すること。