

風しん抗体検査の結果について（本人への結果通知用）

今回実施した風しん抗体検査の結果は、下記のとおりですのでお知らせします。

記

1 受診者氏名 _____ 様

2 生年月日 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳）

3 検査年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4 検査結果 検査方法： _____ 抗体価： _____

判 定	お 知 ら せ
<input type="checkbox"/> H I 法：16 倍以下 E I A法(ルベラ I g G抗体)：8.0 未満 E I A法(風疹 / I g G抗体)：30 未満 E L F A法：45 未満 L T I 法：30 未満 C L E I A法(ルベラ I g G抗体)：45 未満 C L E I A法(風疹 I g G抗体)：14.0 未満 F I A法(BioPlex MMRV I g G抗体)：3.0 未満 F I A法(BioPlex ToRC I g G抗体)：30 未満 C L I A法：25 未満	風しんの抗体がないか、感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられますので、風しんの予防接種を受けることをお勧めします。
<input type="checkbox"/> H I 法：32 倍以上 E I A法(ルベラ I g G抗体)：8.0 以上 E I A法(風疹 / I g G抗体)：30 以上 E L F A法：45 以上 L T I 法：30 以上 C L E I A法(ルベラ I g G抗体)：45 以上 C L E I A法(風疹 I g G抗体)：14.0 以上 F I A法(BioPlex MMRV I g G抗体)：3.0 以上 F I A法(BioPlex ToRC I g G抗体)：30 以上 C L I A法：25 以上	風しんの感染予防に十分な抗体を持っていると考えられます。

予防接種については、接種費用の一部を補助している市町もありますので、お住まいの市町の予防接種担当課にお問合せください。

年 月 日

医療機関名

住 所

氏 名

