

風しん抗体検査 実施報告書

令和 年 月実施分

医療機関名

| No. | 在住市町村 | 年齢 | 性別 | それぞれ下表の該当する番号に○ | | |
|-----|-------|----|-----|-----------------|------|-------|
| | | | | 受検理由 | 検査方法 | 結果 |
| 1 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 2 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 3 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 4 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 5 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 6 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 7 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 8 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 9 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 10 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 11 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 12 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 13 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 14 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |
| 15 | | | 男・女 | 1・2・3 | 1・2 | 1・2・3 |

※「在住市町村」は、鹿児島市以外の受検者の場合のみ記載。

〈受検理由〉

| 受検理由 | 受検者数 |
|-----------------------|------|
| 1. 妊娠を希望する者 | 名 |
| 2. 上記1の配偶者などの同居者 | 名 |
| 3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 | 名 |

〈検査方法〉

| 検査方法 | 受検者数 | 抗体を有していない者又は抗体価が低かった者 |
|-----------|------|-----------------------|
| | | 名 |
| 1. E I A法 | 名 | 名 |
| 2. H I 法 | 名 | 名 |

〈結果〉 ※E I A法は、測定キットにより判定基準が変わります。

| E I A法 | H I 法 | 判定 |
|---|-----------|------------------------|
| 1. 陰性又は判定保留 | 1. 8倍未満 | 十分な抗体（免疫）を持っていないと考えられる |
| 2. E I A価8.0未満又は 国際単位①30IU/ml未満、国際単位②45IU/ml未満 | 2. 8倍・16倍 | |
| 3. E I A価8.0以上又は 国際単位①30IU/ml以上、国際単位②45IU/ml以上 | 3. 32倍以上 | 十分な抗体（免疫）を持っていると考えられる |



風しん抗体検査 実施報告書

令和 5 年 4 月実施分

医療機関名 **山下クリニック**

| | 在住市町村 | 年齢 | 性別 | それぞれ下表の該当する番号に○ | | |
|----|------------|-----------|-------------------------------|--|--|--|
| | | | | 受検理由 | 検査方法 | 結果 |
| 1 | | 33 | 男・ <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 2 | 日置市 | 38 | <input type="checkbox"/> 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 3 | | 40 | <input type="checkbox"/> 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 4 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 5 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 6 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 7 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 8 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 9 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 10 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 11 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 12 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 13 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 14 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |
| 15 | | | 男・女 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 | 1・ <input type="checkbox"/> 2 | 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3 |

※「在住市町村」は、鹿児島市以外の受検者の場合のみ記載。

〈受検理由〉

| 受検理由 | 受検者数 |
|-----------------------|------------|
| 1. 妊娠を希望する者 | 1 名 |
| 2. 上記1の配偶者などの同居者 | 1 名 |
| 3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 | 1 名 |

〈検査方法〉

| 検査方法 | 受検者数 | 抗体を有していない者又は抗体価が低かった者 |
|-----------|------------|-----------------------|
| | | |
| 1. E I A法 | 2 名 | 2 名 |
| 2. H I法 | 1 名 | 0 名 |

〈結果〉※E I A法は、測定キットにより判定基準が変わります。

| E I A法 | H I法 | 判定 |
|---|-----------|------------------------|
| 1. 陰性又は判定保留 | 1. 8倍未満 | 十分な抗体（免疫）を持っていないと考えられる |
| 2. E I A価8.0未満又は 国際単位①30IU/ml未満、国際単位②45IU/ml未満 | 2. 8倍・16倍 | |
| 3. E I A価8.0以上又は 国際単位①30IU/ml以上、国際単位②45IU/ml以上 | 3. 32倍以上 | 十分な抗体（免疫）を持っていると考えられる |