



風しん抗体検査 結果通知書

保健所 花子 様

1. 採血年月日 : 令和 **6** 年 **4** 月 **1** 日
2. 風しんウイルス抗体価検査結果 (いずれかの数値等を記入する。)

E I A 価 : _____

H I 抗体価 : _____ **16** 倍

※風しんの感染予防に十分な抗体価は、以下のとおりです。

E I A 価 : 8.0以上又は30IU/ml以上、45IU/ml以上 (測定キットで変わります)

H I 抗体価 : 32倍以上

3. 判定

あなたは、風しんの感染予防に十分な抗体 (免疫) を持っていると考えられます。

あなたは、風しんの抗体 (免疫) が無いか、感染予防に十分な抗体 (免疫) を持っていないと考えられます。

別紙「風しん抗体検査の結果について」をお読みください。

検査結果は上記のとおりです。

令和 **6** 年 **4** 月 **7** 日