

島根県風しん抗体検査実施報告書

年 月実施分

医療機関名

(印鑑不要)

	検査月日 (採血日)	市町村名 (松江市は除く)	氏名	年齢	検査方法 (該当に○)	受検理由 (該当に○)	備考
					HI法・EIA法※1	※2	
例	2/4	安来市	島根 太郎	30	<input checked="" type="radio"/> HI法・EIA法	1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3	
1	/				HI法・EIA法	1・2・3	
2	/				HI法・EIA法	1・2・3	
3	/				HI法・EIA法	1・2・3	
4	/				HI法・EIA法	1・2・3	
5	/				HI法・EIA法	1・2・3	
6	/				HI法・EIA法	1・2・3	
7	/				HI法・EIA法	1・2・3	
8	/				HI法・EIA法	1・2・3	
9	/				HI法・EIA法	1・2・3	
10	/				HI法・EIA法	1・2・3	
11	/				HI法・EIA法	1・2・3	
12	/				HI法・EIA法	1・2・3	
13	/				HI法・EIA法	1・2・3	
14	/				HI法・EIA法	1・2・3	
15	/				HI法・EIA法	1・2・3	
16	/				HI法・EIA法	1・2・3	
17	/				HI法・EIA法	1・2・3	
18	/				HI法・EIA法	1・2・3	
19	/				HI法・EIA法	1・2・3	
20	/				HI法・EIA法	1・2・3	

※1 EIA法は、デンカ生研社製キットを用いた検査で実施すること。

※2 受検理由は、以下から選択してください。

- ① 妊娠を希望する女性
- ② 妊娠を希望する女性の同居者
- ③ 風しんの抗体価の低い妊婦の同居者