

萩市風しん予防接種確認書

被接種者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日

風しん抗体検査について

風しん抗体検査値 (測定値)		HI検査 ()
		EIA検査 ()
風しん抗体検査判定結果 (A、Bいずれかに○印)		A 風しんの抗体価がないか、感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられます。 (HI検査結果が16倍以下又はそれに相当する抗体価)
		B 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。 (HI検査結果が32倍以上又はそれに相当する抗体価)
風しん抗体検査	判定日	年 月 日
	結果通知日	年 月 日
風しん抗体検査実施 医療機関名		

風しん予防接種について

接種したワクチン (該当を○で囲む)	風しんワクチン ・ 麻疹風しん混合ワクチン
風しん予防接種日	年 月 日
風しん予防接種に要した 費用	円

萩市長 あて

上記の者の風しん予防接種を実施しました。

医療機関名

医師名