第２号様式

風しん予防接種確認書

被接種者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	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 EIA 検査結果が 8.0 未満）
		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 EIA 検査結果が 8.0 以上）
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　・　麻しん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

（あて先）　防府市長　様

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　　㊞