別記様式第２号（第４条関係）

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検査の結果が16倍以下、又はＥＩＡ検査結果が8.0未満、又は国際単位30ＩＵ／ｍｌ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、又は国際単位30ＩＵ／ｍｌ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（該当に☑する）	□ 風しん単抗原ワクチン　□ 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

（宛先）周南市長

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　　㊞