

風しん抗体検査実績報告書

大分県知事 殿

大分市長 殿

住所

医療機関名

代表者名

印

(保険医療機関コード番号：)

年 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり報告します。

記

1 「住所地が大分市以外の受検者」

(1) 請求額 ※原則、HI法で実施。

	一件あたりの料金(消費税込)	件数	合計
風しん抗体検査(HI)	5,540円		円
風しん抗体検査(EIA)	6,750円		円

(2) 検査実績

検査結果	H I 法抗体価：8倍未満 (EIA法 陰性または判定保留)	H I 法抗体価：8倍・16倍 (EIA 価 8.0 未満又は国際単位①30IU/mL 未満、国際単位②45IU/mL 未満)	H I 法抗体価：32倍以上 (EIA 価 8.0 以上又は国際単位①30IU/mL 以上、国際単位②45IU/mL 以上)
人数	名	名	名

2 「住所地が大分市の受検者」

(1) 請求額 ※原則、HI法で実施。

	一件あたりの料金(消費税込)	件数	合計
風しん抗体検査(HI)	5,540円		円
風しん抗体検査(EIA)	6,750円		円

(2) 検査実績

検査結果	H I 法抗体価：8倍未満 (EIA法 陰性または判定保留)	H I 法抗体価：8倍・16倍 (EIA 価 8.0 未満又は国際単位①30IU/mL 未満、国際単位②45IU/mL 未満)	H I 法抗体価：32倍以上 (EIA 価 8.0 以上又は国際単位①30IU/mL 以上、国際単位②45IU/mL 以上)
人数	名	名	名