

# 平成30年度 風しん抗体検査実施上の留意事項

## 1 検査対象者

対象者：① 妊娠希望の女性

② ①の同居者

③ 風しん抗体価の低い妊娠中の女性の同居者

ただし、過去に検査を受けたことがある人、明らかに風しんの予防接種歴がある人、検査の確定診断を受けた風しんの既往歴がある人は除く。

## 2 通知方法

市ホームページ等で市民に広報し、個人への通知はしません。

## 3 事業実施時期

平成30年4月1日 ～ 平成31年3月31日

## 4 検査申込書について

検査申込書については、様式の変更はありませんので、平成29年度までのものを引き続き使用し、不足する場合は、平成30年度の申込書を保健所に送付依頼の連絡をしてください。

また、検査申込書は、鹿児島市ホームページにも掲載しておりますので、ダウンロードしたものをを使用することも可能です。その場合は、検査希望者が記入した後、コピーをとり、1部を保健所提出用に使ってください。(保健所提出用は、原本とコピーのどちらでもかまいません。)

【掲載場所】鹿児島市ホームページ > ホーム > 健康・福祉 > 健康・医療  
> 流行疾患、感染症 > 風しん抗体検査の無料検査

<http://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/hokenjo/hoyobo-kan/kenko/kenko/ryuko/kotai.html>

検査申込書(3ページに記載例)は、2枚複写式になっています。

1枚目が保健所提出用で、2枚目が医療機関控用です。

検査申込書は、検査希望者が医療機関で検査するのに必要な用紙です。来院の際、検査希望者に必要事項を記入してもらい、内容を確認して検査を行ってください。

年齢、住所は、健康保険証や運転免許証等により確認してください。

なお、鹿児島市外の検査希望者(鹿児島県民に限る)についても対象になります。

## 5 検査結果の通知

検査結果については、「風しん抗体検査 結果通知書」（4ページに記載例）により、確実に結果を通知するとともに、抗体を有していない者及び抗体価が低かった者には、「風しん抗体検査の結果について」（5ページ）も渡したうえで、風しんワクチンの予防接種を推奨してください。

なお、結果通知に際しては、9ページの「検査結果に対する判定」を参考にしてください。

鹿児島市では、平成30年7月から、風しんワクチンの予防接種の助成を行う予定です。「平成30年度 風しん抗体検査・予防接種のお知らせ」の案内チラシ（6ページ参照）も一緒にお渡しください。

風しんワクチンの予防接種の委託医療機関については、後日、受託照会を行う予定です。

## 6 検査料金（自己負担額）

自己負担なし（費用を徴収しないでください）

## 7 平成30年度委託料単価（消費税相当額を含む）

E I A法	6, 600円
H I法	5, 090円

上記費用には、検査結果の通知に要する費用を含みます。

## 8 委託料の請求及び支払い方法について

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書（以下「内訳書等」という）（7ページに記載例）に、件数を確定し、請求欄に金額を算出記入のうえ、

- ①内訳書等
- ②申込書（保健所提出用）
- ③実施報告書（8ページに記載例）
- ④請求書（様式18（その3））（10ページに記載例）

を添付し、翌月10日までに鹿児島市へ送付してください。

鹿児島市が請求書を受理した日から起算して30日以内に医療機関へ支払います。

なお、内訳書等の3-3が医療機関控です。3-1・2を鹿児島市へ提出してください。

※ 3-1には、法人は理事長印を、個人の場合は代表者の印を押印してください。

【提出先】〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号

鹿児島市 保健所 保健予防課 感染症対策係

## 9 その他の注意事項

検査申込書（医療機関控用）は、カルテに貼付し5年間保管しておいてください。

検査関連の様式を鹿児島市ホームページに掲載しておりますので、必要に応じてダウンロードしてお使いください。

風しん抗体検査申込書

鹿児島市長 殿

鹿児島市以外の希望者の場合、  
鹿児島市を消してください。

医療機関で自由にお使  
いください。

※この申込書は鹿児島市へ保管されることとなりますので、ご了承ください。

検査(申込)日	平成 <b>30</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日
住 所	鹿児島県 鹿児島市 <b>山下町11-1</b> 電話番号 ( <b>099-224-1111</b> )
ふりがな	<b>ほけんじょ はなこ</b>
氏 名	<b>保健所 花子</b> (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)
生年月日	<input checked="" type="radio"/> S H <b>54</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日 ( <b>37</b> 歳)
(保護者氏名)	※未成年者の場合に記入

**風しん抗体検査同意書**

風しん抗体検査の趣旨を理解したうえで、検査を希望し、下記の対象者であることに相違ありません。(あてはまる数字に○を付けてください。)

- 妊娠を希望する者
- 妊娠を希望する者の配偶者などの同居者
- 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

検査希望者署名 保健所 花子 (未成年者の場合は保護者が署名)

※各設問に対する回答について、あてはまる数字に○を付けてください。

質問事項	回答欄		
これまで風しんにかかったことがありますか？	1. ある	<input checked="" type="radio"/> 2. ない	3. わからない
これまで風しんのワクチン接種を受けたことがありますか？	1. ある	<input checked="" type="radio"/> 2. ない	3. わからない
これまで風しんの抗体検査を受けたことがありますか？	1. ある	<input checked="" type="radio"/> 2. ない	3. わからない

⇒『1. ある』を回答した方は対象者になりません。

以下の欄は医療機関がご記入ください。

医師記入欄	以上の問診の結果、今日の検査は実施 <input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない と判断する。 本人に対して、風しん抗体検査について、説明しました。 医師署名又は記名押印 <u>山下 太郎</u>				
検査方 法	<input checked="" type="radio"/> 1. EIA法	検査結果 (数値)	<b>16</b>	実施場所	<b>山下クリニック</b>
	<input type="radio"/> 2. HI法			確認年月日	平成 <b>30</b> 年 <b>4</b> 月 <b>8</b> 日

## 風しん抗体検査 結果通知書

保健所 花子 様

1. 採血年月日 : 平成 **30**年 **4**月 **1**日
2. 風しんウイルス抗体価検査結果 (いずれかの数値等を記入する。)

E I A 価 : 16

H I 抗体価 : \_\_\_\_\_ 倍

※風しんの感染予防に十分な抗体価は、以下のとおりです。(詳細は裏面参照)  
E I A 価 : 8.0以上又は30IU/ml以上、45IU/ml以上 (測定キットで変わります)  
H I 抗体価 : 32倍以上

### 3. 判定

- あなたは、風しんの感染予防に十分な抗体 (免疫) を持っていると考えられます。
  - あなたは、風しんの抗体 (免疫) が無いか、感染予防に十分な抗体 (免疫) を持っていないと考えられます。
- 別紙「風しん抗体検査の結果について」をお読みください。

検査結果は上記のとおりです。

平成 **30**年 **4**月 **8**日

(医療機関) 山下クリニック

## 風しん抗体検査の結果について

今回の風しん抗体検査の結果、あなたは、風しん抗体（免疫）を保有していないか、あるいは、感染予防に十分な抗体（免疫）が足りていないことが分かりました。

風しんに感染しないためには、**ワクチン接種が必要**となります。

ワクチン接種を希望される場合には、当院スタッフにご相談ください。ただし、予防接種法に基づかない任意の接種（**有料**）となります。

- 風しんは通常、感染しても重症になることはありませんが、妊娠初期の女性が風しんにかかると、生まれてくる赤ちゃんが「先天性風しん症候群」\*という病気にかかることがあります。
- **妊婦はワクチン接種を受けることができません。**妊婦の配偶者等の方が感染を予防し、妊婦を守ることが重要です。

※ 先天性風しん症候群とは

妊婦とくに、妊娠初期の女性が風しんにかかると、胎児が風しんウイルスに感染し、難聴、心疾患、白内障、そして精神や身体の発達の遅れ等の障がいをもった赤ちゃんが生まれる可能性があります。これらの障がいを先天性風しん症候群といいます。



平成  
30年度

## 風しん抗体検査・予防接種のお知らせ

平成30年7月1日から予防接種費用の一部を助成します

### ●未来の赤ちゃんを守りましょう

妊婦、とくに妊娠初期の女性が風しんにかかると、赤ちゃんにも感染し、耳が聞こえにくい、目が見えにくい、生まれつき心臓に病気がある、発達がゆっくりしているなど「先天性風しん症候群」という病気にかかってしまうことがあります。

妊婦さんはもちろんですが、妊婦さんのまわりにいる人も風しんにかからないように気をつけて未来の赤ちゃんを守りましょう。

**抗体検査の助成対象者と、予防接種の助成対象者は、異なりますので、ご注意ください！**

	抗体検査	予防接種
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>●妊娠を希望する女性</li> <li>●妊娠を希望する女性の同居者</li> <li>●抗体価が十分でない妊婦の同居者</li> </ul> ※ただし、次の人は除きます。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・すでに妊娠している人 (妊婦の健康診査で無料で受けられます)</li> <li>・過去に風しん抗体検査を受けたことがある人</li> <li>・風しんの予防接種をうけたことがある人</li> <li>・風しんにかかったことがある人</li> </ul>	接種日時点で鹿児島市に住民登録があり、左記抗体検査を受けて、抗体価が十分でないと判断された <ul style="list-style-type: none"> <li>●妊娠を希望する女性</li> <li>●妊婦の同居者</li> </ul> ※この予防接種は、任意予防接種(本人の希望による予防接種)となります。 ※すでに妊娠している人や、その可能性がある人は、この予防接種を受けることができません。 ※接種後、2か月は避妊が必要です。
実施期間	平成30年4月～平成31年3月	平成30年7月～平成31年3月
助成額	全額(自己負担なし)	3,500円 ※風しん単独ワクチン、麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)ともに同額。 ※医療機関の窓口で、医療機関の設定した金額から、助成額を差し引いた金額をお支払いください。

◇場所 指定医療機関 ※医療機関は市ホームページでご確認ください。  
 ◇予防接種までを期間内に行うため、検査は3月上旬までにお済ませください。

この予防接種で、まれに生じる重篤な副反応により、医療機関での治療が必要になったり、障害が残るなどの健康被害が生じた場合、その健康被害が風しんワクチンによって引き起こされたものと認められた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品副作用被害救済制度により、医療費などの給付を受けることができます。

### お問い合わせ先

#### 鹿児島市保健所 保健予防課感染症対策係

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号  
(別館3階)

TEL : 099-803-7023 (直通)

FAX : 099-803-7026

## 風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

**記入例**

3-3

(医療機関控用)

(平成 **30** 年 **4** 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,600円	5件	33,000円
H I 法	5,090円	5件	25,450円
合計		10件	58,450円

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

ここで切り取ってください。

(キリトリ線1)

医療機関→市[県]医師会

## 風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-2

(市[県]医師会控用)

(平成 **30** 年 **4** 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,600円	5件	33,000円
H I 法	5,090円	5件	25,450円
合計		10件	58,450円

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市[県]医師会→市保健所

## 風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-1

(保健所提出用)

(平成 **30** 年 **4** 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,600円	5件	33,000円
H I 法	5,090円	5件	25,450円
合計		10件	58,450円

(内訳書記入方法)  
①翌月初めに1か月の集計をしてください。  
②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地及び名称  
代表者氏名

鹿児島市長 殿

座版でも可です。  
法人は理事長印を個人の場合は  
代表者の印を押印してください。

印

風しん抗体検査 実施報告書

平成 30年 4月実施分

医療機関名 山下クリニック

	在住市町村	年齢	性別	それぞれ下表の該当する番号に○		
				受検理由	検査方法	結果
1		37	男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
2	日置市	38	男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
3		40	男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
4			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
5			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
6			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
7			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
8			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
9			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
10			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
11			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
12			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
13			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
14			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3
15			男・女	1・2・3	1・2	1・2・3

鹿児島市以外のみ記入してください。

該当する項目、番号に○印をしてください。

※「在住市町村」は、鹿児島市以外の受検者の場合のみ記載。

〈受検理由〉

受検理由	受検者数
1. 妊娠を希望する者	1 名
2. 上記1の配偶者などの同居者	1 名
3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者	1 名

〈検査法〉

検査方法	受検者数	抗体を有していない者又は抗体価が低かった者
1. E I A法	2 名	2 名
2. H I法	1 名	0 名

〈結果〉※E I A法は、測定キットにより判定基準が変わります。

E I A法	H I法	判定
1. 陰性又は判定保留	1. 8倍未満	十分な抗体（免疫）を持っていないと考えられる
2. E I A価 8.0 未満又は 国際単位①30IU/ml 未満、国際単位②45IU/ml 未満	2. 8倍・16倍	
3. E I A価 8.0 以上又は 国際単位①30IU/ml 以上、国際単位②45IU/ml 以上	3. 32倍以上	十分な抗体（免疫）を持っていると考えられる



〔E I A法による検査結果に対する判定〕

検査結果	妊娠を希望する女性など、より確実に予防を行う必要がある方	左記以外の方
陰性又は判定保留	免疫を保有していないため、風しんワクチンの接種を推奨します。	
E I A価 8.0 未満 国際単位①30IU/ml 未満 国際単位②45IU/ml 以上	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため、感染によりお腹の赤ちゃんなどへの影響が生じる可能性があります。確実な予防のため、風しんワクチンの接種を推奨します。	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はあり、風しんの発症や重症化を予防できると考えられます。確実な予防のため、風しんワクチンの接種を希望される方は、かかりつけ医等とよく御相談されたい。
E I A価 8.0 以上 国際単位①30IU/ml 以上 国際単位②45IU/ml 以上	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。風しんワクチンの接種は、基本的には必要ありません。	

【参考】E I A法の判定基準と風しん IgG 測定キットの製造メーカー

判定基準	測定キットの製造メーカー
E I A価	デンカ生研社製
国際単位①(IU/ml)	シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社 極東製薬工業株式会社
国際単位②(IU/ml)	シスメックス・ビオメリュー株式会社 ベックマン・コールター株式会社

〔H I法による検査結果に対する判定〕

検査結果	妊娠を希望する女性など、より確実に予防を行う必要がある方	左記以外の方
8 倍未満	免疫を保有していないため、風しんワクチンの接種を推奨します。	
8 倍・16 倍	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はありますが、風しんの感染予防には不十分です。そのため、感染によりお腹の赤ちゃんなどへの影響が生じる可能性があります。確実な予防のため、風しんワクチンの接種を推奨します。	過去の感染や予防接種により風しんの免疫はあり、風しんの発症や重症化を予防できると考えられます。確実な予防のため、風しんワクチンの接種を希望される方は、かかりつけ医等とよく御相談されたい。
32 倍以上	風しんの感染予防に十分な免疫を保有していると考えられます。風しんワクチンの接種は、基本的には必要ありません。	

- 1回の予防接種で約95%の方が免疫を獲得します。また、2回の予防接種を受けることにより、免疫を獲得することがより確実（約99%）となります。
- 予防接種のワクチンは、麻しん対策も考慮して「麻しん風しん混合ワクチン」を推奨します。

(支払方法 1 口座振替払…MT 2 直接払 3 口座振替払…MT外)  
 (支払予定日 ) (審査決裁区分 会・室・係)

課名		平成	年度	支出(還付) 命令番号	第	号
1 契約課係長	1 物品検取	物品受領	1 歳	出		
この請求書に砂消しゴムや修正液(テープ)を使用することは絶対にできません。 書き損じた場合は鹿児島市ホームページから書式をダウンロードすることができますので、そちらをご利用ください。						
No.		4	基	金	契約番号	第
						号

注意  
金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。  
太線のわく内は請求者が記入してください。

### 請求書

金額		拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

記入誤りを防止するために空白のままです。

件名 風しん抗体検査委託料 ( 月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願います。(希望の番号を○囲みする)

- ① 口座振替払(下記口座のとおり)      2 現金払

平成 年 月 日 ← 日付は記入しないでください。

住所 請求者の記名・押印は当年度の委託契約書の受注者欄と同じになります。  
 氏名・印 記名・押印される前に必ずご確認ください。  
 ※ 記名・押印は明瞭をお願いします。(ゴム印での記名は構いませんが、文字のつぶれたものは使用しないでください。)  
 (債権者番号 ) (電話 )

鹿児島市長 森 博 幸 殿

[口座振込先]

金融機関名	種別	口座番号	請求番号
銀行(金庫)	普通		口座名義
店	当座		フリガナ
	別貯		請求者と同一名義(役職を含む)の口座をご利用ください。

内 訳 (① 次のとおり 2 別紙のとおり)

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
風しん抗体検査委託料(EIA法)			円	円	
風しん抗体検査委託料(HI法)					
計					

記入誤りを防止するために空白で結構です。