

令和6年度 風しん抗体検査実施上の留意事項

(既存の妊娠を希望する女性等を対象にした抗体検査です)

(注) これは、平成26年度から鹿児島市が実施している風しん抗体検査の留意事項です。

国から示されている「風しんの追加的対策」に基づく風しん抗体検査(対象:昭和37年4月2日~昭和54年4月1日生まれの男性)とは、異なります。

| 【目次】 | ページ |
|-------------------------|-----|
| 1 検査対象者 | 1 |
| 2 通知方法 | 1 |
| 3 事業実施時期 | 1 |
| 4 検査申込書 | 1 |
| 5 検査結果の通知 | 2 |
| 6 検査料金(自己負担額) | 2 |
| 7 令和6年度委託料単価(消費税相当額を含む) | 2 |
| 8 委託料の請求及び支払い方法 | 2 |

【様式】

| | | |
|---|------------------------|--|
| 1 | 風しん抗体検査 申込書 | ・あらかじめコピーしてご利用ください ・本市ホームページから様式をダウンロードできます |
| 2 | 風しん抗体検査 結果通知書 | |
| 3 | 風しん抗体検査の結果について | |
| 4 | 令和6年度風しん抗体検査・予防接種のお知らせ | |
| 5 | 風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書 | |
| 6 | 風しん抗体検査 実施報告書 | |
| 7 | 【医師会外医療機関用】請求書 | |

【お問い合わせ先】

鹿児島市 感染症対策課

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号

TEL(直通): 099-803-7023

FAX(代表): 099-803-7026

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、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明した人は除く。

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

令和6年4月1日 ～ 令和7年3月31日

4 検査申込書

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。

- ・ 複写式のもの…貴院の残りが少なくなったら送付いたしますのでご連絡ください。
1枚目は本市提出用、2枚目が医療機関控用です。
- ・ 1枚紙のもの…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
使用することも可。その場合は、検査希望者が記入した後、コピーをとり、1
部を本市提出用に使ってください。本市提出用は、原本とコピーのどちらでも
構いません。

【HP掲載場所】鹿児島市ホームページのサイト内検索入力欄に「風しん抗体検査」と入力して
検索。「風しん抗体検査の無料検査」のページの下部「医療機関の皆様へ」に
あります。

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。

5 検査結果の通知

| | |
|-----------------------|--|
| 全員 | 「検査結果に対する判定」を基に、「風しん抗体検査 結果通知書」で確実に結果を通知してください。 |
| 抗体を有していない者及び抗体価が低かった者 | 「風しん抗体検査の結果について」も渡して、「乾燥弱毒生風しんワクチン」又は「乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン」の予防接種を推奨してください。 また、 <u>鹿児島市民でワクチン接種の助成対象となる方</u> へは、「令和6年度風しん抗体検査・予防接種のお知らせ」もお渡しください。 |

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 令和6年度委託料単価（消費税相当額を含む）

| | |
|---------|------------|
| E I A 法 | 6, 7 5 0 円 |
| H I 法 | 5, 4 8 0 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

| | 市医師会会員の医療機関 | 市医師会会員ではない医療機関 |
|---|--|---|
| 提出書類 | ①風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書 (3-1)、(3-2)…市医師会へ提出 (3-3) …各医療機関で保管 ②風しん抗体検査実施報告書 ③申込書（2枚複写） 1枚目…本市へ提出 2枚目…各医療機関で保管 | ①風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書 (3-1)…本市へ提出 (3-3)…各医療機関で保管 (3-2)は不要 ②風しん抗体検査実施報告書 ③申込書（2枚複写） 1枚目…本市へ提出 2枚目…各医療機関で保管 ④請求書 |
| 提出期限 | 検査月の翌月10日まで | 検査月の翌月10日まで |
| 提出先 | 鹿児島市医師会事務局 | 鹿児島市(郵送、直接) |
| 振込時期 | 本市が市医師会から請求書を受理後、 30日以内に市医師会へ支払い、その後、 市医師会から各医療機関に支払われます。 | 本市が各医療機関から請求書を受理後、 30日以内に指定された口座に支払われます。 |
| <p>・本市において、申込書の記載内容（不備がある場合は返却します）、検査件数、請求金額等を確認したあと、入金されます</p> <p>※提出前に、申込書のすべての記載内容に記入漏れ等がないことなどを再度確認してください。</p> <p>※不備が多い場合、お支払いできないことがあります。</p> | | |