



福岡医発第2566号(地)

平成30年12月19日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

風しん抗体検査業務に係る報告方法の変更について

今般、標記の件について、福岡県保健医療介護部より別添のとおり周知協力方依頼がありました。

「風しんの届出数の増加が認められる7都府県における風しん対策等について」は、平成30年12月12日付福岡医発第2512号(地)にてご通知いたしました。

本件は、上記通知を受けて、風しん抗体検査結果、予防接種実施状況、対象者区分等を厚生労働省へ報告することとなり、別添のとおり風しん抗体検査業務に係る報告方法の変更について対応を求めるものです。

つきましては、貴会におかれましても、別添の報告方法変更についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、風しん抗体検査実施医療機関に対しては、福岡県保健医療介護部から別途通知されておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 田中泰之
会長 島田昇二郎

30疾病第3365号

平成30年12月11日

公益社団法人福岡県医師会

会長 松田 峻一良 様

福岡県保健医療介護部長

(がん感染症疾病対策課感染症対策係)



風しん抗体検査業務に係る報告方法変更について

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成30年12月7日、厚生労働省健康局結核感染症課から別添「風しんの届出数の増加が認められる7都府県における風しん対策等について（協力依頼）」の通知があり、風しん抗体検査結果、予防接種実施状況、対象者区分等を厚生労働省へ報告することとなりました。つきましては、別添のとおり風しん抗体検査業務に係る報告方法を変更いたしますので、ご協力をお願いいたします。

なお、関係医療機関に対しては、当課から別途通知していますので申し添えます。

－問合せ先－

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
感染症対策係 東

TEL 092-643-3268 FAX 092-643-3331

E-mail: higashi-y3148@pref.fukuoka.lg.jp



無料風しん抗体検査の報告方法変更について

厚生労働省からの通知に基づき、実績報告時の報告方法を変更します。
お手数をおかけいたしますが、ご協力をお願いします。

1 添付書類の変更

これまでの、実績報告書兼請求書と問診票に加え、**風しん抗体検査結果（様式第2号もしくは任意の様式）の写し**の提出をお願いします。

2 問診票の記入内容変更

様式は変更しませんので、そのままご使用ください。

問診票記入の際は、お手数ですが、余白に下記のとおりご記載ください。

<記入例>

様式第1号

①～④

風しん抗体検査問診票

受付番号		受付日	H 年 月 日
氏 名		生年月日	S・H 年 月 日生
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住 所	〒		
連 絡 先	電話番号：（ ）		

●あなたは次のどちらに該当しますか？【検査理由】
□妊娠を希望する者 □妊婦の配偶者（パートナーを含む） **①～③**

●これまでに風しんに罹患したことはありますか？【既往歴】
□ある □ない □不明

●これまでに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を含む）の接種を受けたことはありますか？【ワクチン接種歴】
□ある □ない □不明

●これまでに風しん抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】
□ある □ない □不明

●これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？
□ある □ない

●現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？
□ある □ない

●3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？
□ある □ない □不明

—受検者署名欄—
上記内容に間違いのないことを確認します。自 署： _____

（助成対象者確認）担当医は口欄にチェックして下さい。
□住所（北九州市、福岡市、大牟田市及び久留米市を除く居住地）及び年齢の確認
確認書類：□運転免許証 □健康保険被保険者証 □住民票 □その他（ ）

□風しん既往歴・風しんワクチン接種歴・風しん抗体検査受検歴がないことの確認
確認書類：□母子健康手帳 □妊娠届出書 □問診のみ □その他（ ）

□妊婦の配偶者（パートナーを含む）の場合で、妊婦が風しんの抗体検査において抗体価が低いこと又は抗体検査未実施であることの確認
確認書類：□風しん抗体検査結果書 □母子健康手帳 □妊娠届出書、
□その他（ ）

—担当医署名欄—
上記内容を受検者に確認し、対象者に該当したため、風しん抗体検査を実施する。
医療機関名：
住 所：
電話番号： 担当医： _____ 印

<予防接種実施状況>

抗体価が低い人の場合、以下のいずれかの番号をご記入ください。

（報告日時点）

- ①接種済み
- ②接種の意思あり
- ③接種を促したが未定
- ④接種を促していない

<対象者>

以下に該当する場合、番号が記入されているか確認してください。

- ①妊娠希望者の配偶者
（パートナーを含む）
- ②妊娠希望者の同居者
- ③妊婦の同居者

問診票記入方法（受検者用）

様式第1号

「医療機関控」

風しん抗体検査問診票

受付番号	
氏 名	
性 別	男 ・ 女
住 所 連 絡 先	〒

- ①妊娠希望者の配偶者（パートナーを含む）
- ②妊娠希望者の同居者
- ③妊婦の同居者

に該当するときは、右側余白に番号を記入してください。

●あなたは次のどちらに該当しますか？【検査理由】

☐ 妊娠を希望する者 ☒ 妊婦の配偶者（パートナーを含む）

●これまでに風しんに罹患したことはありますか？【既往歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

●これまでに風しんワクチン（麻しん・風しん・おたふく病混合ワクチン）を含む）の接

種を受けたことはありますか？

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

●これまでに風しん抗体検査（妊婦健診を含む）を受けたことはありますか？【受検歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

●これまでに採血をして気分や体調が悪くなったことはありますか？

☐ ある ☐ ない

●現在、発熱、発疹、リンパ節の腫れ等の症状がありますか？

☐ ある ☐ ない

●3週間以内に風しん患者との接触がありましたか？

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

①～③を記入

該当する箇所にチェック
してください。

Rワクチンを含む）の接

対象者記入方法

	＜対象者＞	＜チェックの仕方＞
女性	妊娠希望者	⇒ ☐ 妊娠を希望する者にチェック
	妊娠希望者の同居者	⇒ 右余白に②と記入
	妊婦の同居者	⇒ 右余白に③と記入
男性	妊娠希望者の配偶者	⇒ 右余白に①と記入
	妊娠希望者の同居者	⇒ 右余白に②と記入
	妊娠希望者の配偶者かつ同居者	⇒ 右余白に①、②と記入
	妊婦の配偶者	⇒ ☐ 妊婦の配偶者にチェック
	妊婦の同居者	⇒ 右余白に③と記入
	妊婦の配偶者かつ同居者	⇒ ☐ 妊婦の配偶者にチェック 右余白に③と記入

様式第2号

風しん抗体検査結果

様

1. 抗体検査実施年月日 : 平成 年 月 日

2. 風しんウイルス抗体価検査結果 : HI法 ・ EIA法
() ※数値を記入

※次に掲げる抗体価未滿は予防接種が推奨されます。

方法	抗体価
HI 法	32 倍
EIA 法 (注)	①の場合、EIA 価 8.0 ②の場合、30 IU/mL ③の場合、45 IU/mL

注：使用する検査キットのメーカー

①デンカ生研

②シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社又は極東製薬工業株式会社

③シスメックス・ビオメリュー株式会社又はベックマン・コールター株式会社

検査結果は上記のとおりです。

※予防接種については、接種費用の一部を補助している市町もありますので、
お住まいの市町予防接種担当課にお問い合わせください。

平成 年 月 日

医療機関名：

住所：

電話：

担当医： _____ 印

健健発 1 2 0 7 第 2 号
健感発 1 2 0 7 第 2 号
子母発 1 2 0 7 第 4 号
平成 3 0 年 1 2 月 7 日

〔	大	阪	府	〕	衛生主管部（局）長 殿 母子保健主管部（局）長 殿
	福	岡	県		
	大阪府内保健所設置市				
	福岡県内保健所設置市				

厚生労働省健康局健康課長
厚生労働省健康局結核感染症課長
厚生労働省子ども家庭局母子保健課長
(公 印 省 略)

風しんの届出数の増加が認められる 7 都府県における風しん対策等について（協力依頼）

今般の風しんの届出数の増加については、平成 30 年 9 月 27 日に開催された厚生科学審議会感染症部会の議論を踏まえ、特に、風しんの届出数の増加が続いている東京都、千葉県、神奈川県、埼玉県及び愛知県（以下「5 都県」という。）において、先天性風しん症候群（CRS）を防ぐ等の観点から、下記の通知及び事務連絡（以下「通知等」という。）を発出し、対策の実施をお願いしたところです。

現在、大阪府及び福岡県においても、風しんの届出数の増加が続いております。つきましては、平成 30 年 11 月 29 日に開催された厚生科学審議会感染症部会の議論を踏まえ、5 都県に加え、風しんの届出数が増加している地域として、大阪府及び福岡県においても、通知等をお願いしている対策を実施することとしましたので、市町村や医療機関等の貴管内関係者へ周知するとともに、風しんに対する一層の対策の実施をお願いします。

記

別紙 1：「風しんの届出数の増加が認められる 5 都県における風しん対策について（協力依頼）」（健健発 1002 第 5 号 健感発 1002 第 3 号 平成 30 年 10 月 2 日厚生労働省健康局健康課長・厚生労働省健康局結核感染症課長連名通知）

別紙 2：「風しんの届出数の増加が認められる 5 都県における産科医療機関と連携した風しん対策について（協力依頼）」（健感発 1002 第 1 号 子母発 1002 第 1 号 平成 30 年 10 月 2 日 厚生労働省健康局結核感染症課長・厚生労働省子ども家庭局母子保健課長連名通知）

別紙 3：「乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチンの流通に係る対応について（協力依頼）」