



福岡医発第80号(地)
平成30年 4月 5日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

平成30年度「福岡県風しん抗体検査事業」の実施について

標記の件につきまして、別紙のとおり、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より協力依頼があり、平成30年3月29日開催の全会第41回全理事会において委託契約を締結し、本事業に協力することを承認いたしました。

本事業の概要は、別紙「事業概要」および「福岡県風しん抗体検査業務実施要領」をご参照ください。

つきましては、平成29年3月現在で登録されている貴会管下の風しん抗体検査実施医療機関名簿をお送りいたしますのでご確認いただき、新規登録または登録内容の変更および登録辞退を希望する医療機関のみを、別紙「福岡県風しん抗体検査実施医療機関 新規・登録内容変更・辞退届出書」にてお取りまとめのうえ、4月13日(金)までに全会地域医療課宛てにお送りくださいますよう、よろしくお願いいたします。(※昨年度に引き続きご協力いただける医療機関で、現在の登録内容に変更がない場合はご提出不要です。)

なお、

- 1) 年度の途中においても、新規登録・登録内容変更・登録辞退は可能です。
- 2) 昨年度の医療機関名簿より変更がない場合もご連絡いただきますようお願いいたします。

また、

- 1) 登録医療機関には、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より直接、関係書類一式が送付されます。
- 2) 新規の協力医療機関をお取りまとめいただく際には、必ず「委託料入金指定口座」欄に指定口座が記載されていることをご確認ください。
- 3) 協力医療機関は福岡県のホームページに医療機関名、住所、電話番号が掲載されます。
- 4) 本事業の助成対象者は、福岡市、北九州市、久留米市及び大牟田市以外に住民票がある福岡県民となりますことにご留意下さい。
- 5) 昨年度、医療機関より月遅れの請求が多数ございましたので、貴会におかれましても改めて会員医療機関に対し、検査実施の翌月10日までに実績報告書兼請求書と問診票をご送付いただくようご高配の程よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 田中泰之
会長 白石恒明

新規登録、登録内容変更、登録辞退がございましたら、別紙届出書を4月11日(水)までに当医師会事務局へご提出ください。

風しん抗体検査協力医療機関

小郡三井医師会

No.	医療機関名	郵便番号	住所	電話番号
1	熊谷医院	830-1102	久留米市北野町八重亀194	0942-78-4322
2	田中内科医院	830-1122	久留米市北野町今山639-5	0942-78-4156
3	医療法人壽光会蒲池医院	830-1122	久留米市北野町今山129-2	0942-78-3065
4	医療法人まつゆき小児科医院	830-1122	久留米市北野町今山471	0942-78-3105
5	田中まさはるクリニック	830-1122	久留米市北野町今山516-1	0942-41-3535
6	神代病院	830-1101	久留米市北野町中川900-1	0942-78-3177
7	医療法人やなぎ医院	830-1225	三井郡大刀洗町下高橋18	0942-77-0858
8	医療法人白石医院	830-1214	三井郡大刀洗町栄田2109-2	0942-77-0198
9	医療法人朋和会平和クリニック	830-1221	三井郡大刀洗町高樋2499-21	0942-77-1307
10	弥生ファミリークリニック	838-0136	小郡市上西鯨坂524	0942-72-2414
11	医療法人協和病院	838-0144	小郡市祇園2丁目1-10	0942-72-2121
12	医療法人祥成会富安医院	838-0122	小郡市松崎764	0942-73-1271
13	赤松医院	838-0112	小郡市干潟676	0942-72-2519
14	渡辺内科胃腸科医院	838-0102	小郡市津古815-1	0942-75-3733
15	医療法人豊泉会丸山病院	838-0113	小郡市山隈字弥八郎273-11	0942-73-0011
16	松隈産婦人科クリニック	838-0141	小郡市小郡1504-8	0942-73-3511
17	医療法人せいわ会聖和記念病院	838-0102	小郡市津古1470-1	0942-75-1230
18	松尾医院	838-0143	小郡市小板井279	0942-72-2011
19	医療法人牛嶋産婦人科クリニック	838-0143	小郡市小板井494-1	0942-73-3955
20	中原内科クリニック	838-0103	小郡市三国が丘1丁目13	0942-75-8021
21	梯 医院	838-0144	小郡市祇園1丁目4-3	0942-72-2800
22	黒岩医院	838-0125	小郡市ニタ字川原田1264-4	0942-72-3077
23	いけだクリニック	838-0141	小郡市小郡615-1	0942-72-2325
24	井手胃腸科内科医院	838-0136	小郡市上西鯨坂10-1	0942-73-1112
25	医療法人山下こどもクリニック	838-0105	小郡市横隈735-5	0942-41-7400
26	医療法人さとう産婦人科	838-0102	小郡市津古1210	0942-75-5366
27	高橋クリニック	838-0101	小郡市美鈴が丘5丁目12-6	0942-23-0777
28	医療法人権藤内科循環器科	838-0143	小郡市小板井429-1	0942-72-3000
29	ひやまクリニック呼吸器内科	838-0127	小郡市大崎1020-2	0942-23-8550

福岡県風しん抗体検査実施医療機関 新規登録・登録内容変更・辞退届出書

所属都市医師会 _____ 医師会 _____

管理者名 _____

医療機関名 _____

〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

※いずれか1つに☑してください

☐ **新規登録**
(※上記枠内の内容を登録)

委託料入金指定口座

	銀行				支店			
預金種目	普通預金				当座預金			
口座番号								
(フリガナ)								
口座名義								

(※新規の場合のみご記入下さい。)

☐ **登録内容変更**
(※変更前の内容をご記入ください。変更後は上記枠内の内容を登録します。)

医 療 機 関 名 _____

〒 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

☐ **辞 退**

平成 年 月 日

福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

公益社団法人 福岡県医師会長 殿

住 所

医療機関名

代 表 者

印

平成 年 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の金額を 請求します	請求 金額									円
----------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

2 摘要

委託業務名	福岡県風しん抗体検査実施業務		
請求金額内訳	¥ 6, 5 4 2 / 件 × 検査実績件数 () 件		
	①妊娠を希望する者 () 件		
	②妊婦のパートナー () 件		
請求区分	精算請求		

3 振込先金融機関（※先に提出した内容に変更がある場合のみご記入ください。）

銀行			支店	口座名義人
預 金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号		フリガナ 氏名

事業概要

先天性風しん症候群の発生予防のため、妊娠希望者等に対する風しん抗体検査を実施する。

対象者 福岡県内（福岡市、北九州市、久留米市及び大牟田市を除く）に住民票がある、原則20歳以上の方で、過去に風しん抗体検査を受けたことがある方、又は、風しんの予防接種歴が明らかである方、若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方を除いた

①妊娠を希望する女性

②妊婦の配偶者（パートナーを含む）

〔妊婦が、抗体検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は抗体検査未実施の場合に限る。〕

※風しん既往歴、ワクチン接種歴、抗体検査受検歴のある方は本事業の対象とはなりません。また昨年度事業実施時に、夫婦が同時に受検したケースが散見されましたが、②妊婦の配偶者（パートナーを含む）はあくまで配偶者およびパートナーが妊娠していることが要件になりますのでご注意ください。

実施場所 ・ 県保健福祉（環境）事務所 ・ 協力医療機関

実施時期 平成30年4月1日～平成31年3月31日

（※実施要領では「契約締結日」となっていますが、平成30年度は4月1日より実施。）

受検者の検査費用 無料

医療機関に支払われる委託料 1件あたり6,542円（検査方法問わず）

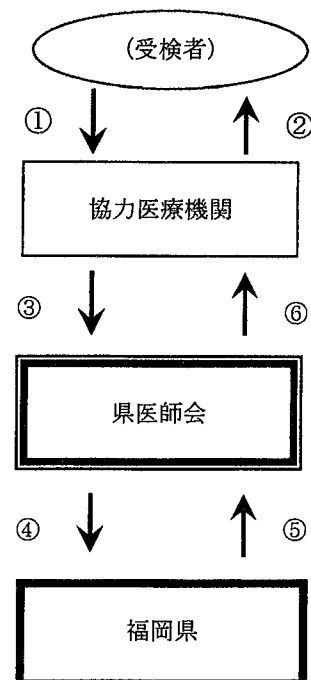
受検者に持参いただくもの

住所及び年齢を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票等）

対象者②の方は、上記の他、母子健康手帳又は妊娠届出書（写しでも可）

【風しん抗体検査の流れ】

- ①対象者へ問診（3枚複写）と適切な説明を行い、検査（H I 法・E I A 法）を実施する。
※H I 法、E I A 法どちらの検査方法でも委託料は一律です。
- ②風しん抗体検査結果（様式第2号）を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断されたものについては、風しん予防対策等について説明を行う。
※予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合があります。
- ③協力医療機関は、実績報告書兼請求書と問診票（2・3枚目）を月締めの翌月10日までに県医師会に送付する。
- ④県医師会は、③の書類を取りまとめ、福岡県に請求する。
- ⑤福岡県は、審査のうえ、県医師会へ検査委託料を支払う。
- ⑥県医師会は協力医療機関へ検査委託料を振込む。



【留意事項】

- 検査は、「福岡県風しん抗体検査実施要領」に基づき実施してください。
- 様式第1号（問診票）は、助成対象者を確認するため、受検者と担当医による自署欄を設けています。複写式になっていますので、下書き等を使用してご使用ください。なお、担当医は押印が必要となりますので、ご留意下さい。
- ※不足した場合は、早めに下記連絡先までお知らせください。追加分を郵送します。

福岡県保健医療介護部 がん感染症疾病対策課 (092-643-3267)

- 様式第2号（検査結果書）は、受検者へ検査結果を通知するためのものです。適宜コピーしてご使用ください。
- 「実績報告書兼請求書」は委託料の請求の際に必要です。適宜コピーしてご使用ください。
- 委託料の請求は、「実績報告書兼請求書」に「様式第1号（問診票）」を添付し、検査を実施した月の翌月の10日までに、下記あて送付してください。
- ※「様式第1号（問診票）」は「県医師会控」「県庁控」（2・3枚目）を送付し、「医療機関控」（1枚目）は保管してください。

《送付先》

〒812-8551

福岡市博多区博多駅前南 2-9-30 4F

公益社団法人福岡県医師会 地域医療課 宛て

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

平成30年度福岡県風しん抗体検査業務実施要領

1 目的

この要領は、風しん抗体検査（以下「検査」という。）を医療機関において無料で受けられる体制を整備し、先天性風しん症候群の発生を効果的に防ぐために必要な事項を定めるものとする。

2 実施期間

平成30年4月1日から平成31年3月31日まで。

3 対象者

対象者は福岡県内（北九州市、福岡市、大牟田市及び久留米市を除く。）に住民票があり、原則20歳以上で次の要件に該当する者。

ただし、過去に検査を受けたことがある者、又は風しんの予防接種歴が明らかである者、若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者は除く。

（1）妊娠を希望する女性（妊婦は除く。）

（2）妊婦の配偶者（パートナーを含む。）

[妊婦が、検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は検査未実施の場合に限る。]

4 実施機関

検査業務を実施する県内の医療機関（以下、「協力医療機関」という。）

5 検査費用

受検者の費用負担は原則無料とする。

6 業務概要

（1）実施内容

風しんウイルス抗体検査

なお、検査は別に定める委託料の範囲内で行うものとする。

（2）検査の準備について

ア 協力医療機関は、受検を希望する者に対し、助成の対象となる要件について説明を行う。

イ 助成対象者であることを確認するために、住所や年齢を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票等）の提示、母子健康手帳あるいは妊娠届出書の発行を受けている場合は、併せて当該母子健康手帳等の提示を求める等行い、検査対象者であることを確認する。（母子健康手帳の風しん抗体検査の結果と父名が記載されたページの写しでも可。）

ウ 受験者に対し、別紙様式第1号「風しん抗体検査問診票」に必要事項を記入させ、問診と適切な説明を行った後、採血を行う。

（3）検査の結果について

ア 予防接種が推奨される風しん抗体価別表のとおりとする。

イ 結果の通知と受検者への対応

協力医療機関は、別紙様式第2号「風しん抗体検査結果」により、検査結果を受検者に通知し、予防接種が推奨されると判断された者については、風しんの予防対策等について必要な説明を行う。

7 関係書類の保存

受検者の関係書類は、県及び協力医療機関において、5年間保存する。

8 個人情報及びプライバシーの保護

検査業務の実施にあたり、個人情報及びプライバシーの保護については最大限の配慮をする。

9 その他

この要領に定めのない事項については、県及び協力医療機関が協議し、別に定める。

附 則 この要領は、平成30年4月1日から施行する。

別表

予防接種が推奨される風しん抗体価は次に掲げる抗体価未満とする。

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・バイ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

※平成26年2月25日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡「予防接種が推奨される風しん抗体価について」を参考。

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）
- 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—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署：_____

（助成対象者確認）担当医は□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

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）
- 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□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

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）
- 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—

上記内容に間違いがないことを確認します。自 署：_____

（助成対象者確認）担当医は□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

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 : H I 法 ・ E I A 法
()

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