



福岡医発第585号(地)

令和3年5月28日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会 長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

### 令和3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、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、令和3年5月6日開催の本会第4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、令和2年度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、6月18日(金)までに本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。
- 3) 登録医療機関には、県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。
- 4) 新規の実施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。
- 5) 実施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。
- 6) 本事業の助成対象者は、福岡市、北九州市、久留米市以外に住民票がある福岡県民となります。
- 7) 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周知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 橋本朋也

会長 島田昇二郎

現在登録されている医療機関の名簿を付けておりますので、新規登録、変更、辞退の希望がありましたら、6月15日までに当医師会事務局へ別紙届出書をご提出ください。

## 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（北九州市、福岡市及び久留米市を除く。）に住民票があり、次の要件に該当する者。

ただし、過去に検査を受けた結果、十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価以上であること。）が判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者は除く。

なお、(2)については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象としない。

(1) 妊娠希望者（妊婦は除く。）

(2) 妊娠希望者及び妊婦の

ア 配偶者（パートナーを含む。）

イ 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

実施場所 県内協力医療機関

実施時期 令和3年4月1日から令和4年3月31日まで。

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 6,663 円（検査方法問わず）

受検者に持参いただくもの

住所を証明する書類（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、風しん抗体検査を受けている場合はその結果

### 【風しん抗体検査の流れ】（医師会に加入している医療機関の場合）

①対象者へ問診（3枚複写）と適切な説明を行い、検査（HI法・EIA法・ELFA法・LTI法・CLEIA法・FIA法）を実施する。

※いずれ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。

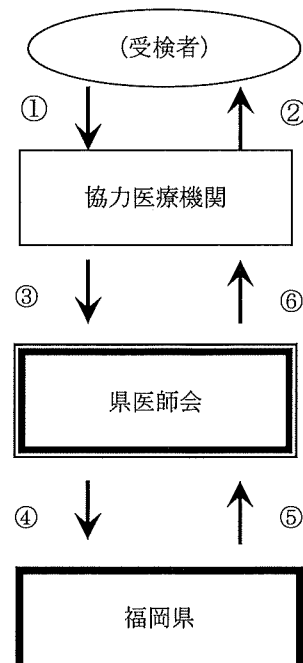
※予防接種につきましては、各市町村で助成等を行っている場合があります。

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）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。

※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。

### 《様式等追加送付 連絡先》

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

- 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）」と「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」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。

### 《実績報告書兼請求書 送付先》

〒812-8551 福岡市博多区博多駅前南 2-9-30  
公益社団法人福岡県医師会 地域医療課  
TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

# 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)<br>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**

風しん抗体検査業務実施要領 比較表

下線部分は改正部分

| 令和3年度                                                                                                                                                                                         | 令和2年度                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>令和<u>3</u>年度福岡県風しん抗体検査実施要領</p> <p>1 (略)</p> <p>2 実施期間<br/>令和<u>3</u>年4月1日から令和<u>4</u>年3月31日まで。</p> <p>3～9 (略)</p> <p>附 則 この要領は、令和<u>3</u>年4月1日から施行する。</p> <p>別表 (略)</p> <p>様式第1～2号 (略)</p> | <p>令和<u>2</u>年度福岡県風しん抗体検査実施要領</p> <p>1 (略)</p> <p>2 実施期間<br/>令和<u>2</u>年4月1日から令和<u>3</u>年3月31日まで。</p> <p>3～9 (略)</p> <p>附 則 この要領は、令和<u>2</u>年4月1日から施行する。</p> <p>別表 (略)</p> <p>様式第1～2号 (略)</p> |

## 令和3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

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで。

### 3 対象者

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

ただし、過去に検査を受けた結果、十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価以上であること。）が判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者は除く。

なお、（2）については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していること（別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価以上であること。）が判明している場合は対象としない。

（1）妊娠希望者（妊婦は除く。）

（2）妊娠希望者及び妊婦の

ア 配偶者（パートナーを含む。）

イ 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

### 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、風しん抗体検査を受けている場合はその結果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。

ウ 受検者に対し、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

別表の第1欄に定める方法ごとに、第2欄に定める抗体価未満とする。

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、令和3年4月1日から施行する。

## 別表

| 方法      | 抗体価                                                                  |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| HI法     | 32 倍                                                                 |
| EIA法    | 使用する検査キットがウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG(デンカ生研株式会社)の場合、<br>EIA 価 8.0            |
|         | 使用する検査キットがエンザイグノストB風疹/IgG(シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)の場合、<br>30 IU/mL |
| ELFA法   | 使用する検査キットがバイダス アッセイキット RUB IgG(シスメックス・ビオメリュー株式会社)の場合、<br>45 IU/mL    |
| LTI 法   | 使用する検査キットがランピア ラテックス RUBELLA(極東製薬工業株式会社)の場合、<br>30 IU/mL             |
| CLEIA 法 | 使用する検査キットがアクセス ルベラ IgG(ベックマン・コールター株式会社)の場合、<br>45 IU/mL              |
|         | 使用する検査キットがi-アッセイ CL 風疹 IgG(株式会社保健科学西日本)の場合、<br>抗体価 14                |
| FIA 法   | 使用する検査キットがBioPlex MMRV IgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合、<br>抗体価 AI* 3.0   |
|         | 使用する検査キットがBioPlex ToRC IgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)の場合、<br>30 IU/mL      |

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

※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  | 年 月 日        |
| 氏 名        |            | 生年月日 | S・H・R 年 月 日生 |
| 性 別        | 男 ・ 女      | 年 齢  | 歳            |
| 住 所<br>連絡先 | 〒 電話番号：( ) |      |              |

## ●あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】

- ☐ 妊娠希望者（妊婦は除く。）  
☐ 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）  
☐ 妊娠希望者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）  
☐ 妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

## ●これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

（「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

## ●これまでに風しんの抗体検査（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

（「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。

☐ 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：\_\_\_\_\_

## 【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

☐ 対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類：☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）

☐ 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

☐ （対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類：☐ 風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳

☐ 問診（受けていない、結果がわからない場合等） ☐ 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

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

☐ 予防接種実施済み ☐ 予防接種実施予定あり ☐ 予防接種実施予定未定

## 風しん抗体検査問診票

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

## ●あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】

- ☐ 妊娠希望者（妊婦は除く。）  
☐ 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）  
☐ 妊娠希望者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）  
☐ 妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

## ●これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

（「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

## ●これまでに風しんの抗体検査（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

（「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。

☐ 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：\_\_\_\_\_

## 【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

☐ 対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類：☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）

☐ 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

☐ （対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類：☐ 風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳

☐ 問診（受けていない、結果がわからない場合等） ☐ 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

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

☐ 予防接種実施済み ☐ 予防接種実施予定あり ☐ 予防接種実施予定未定

## 風しん抗体検査問診票

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

## ●あなたは次のどちらに該当しますか？（該当するもの全て選択）【検査理由】

- ☐ 妊娠希望者（妊婦は除く。）  
☐ 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）  
☐ 妊娠希望者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）  
☐ 妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）

## ●これまでに風しんにかかったことはありますか？【既往歴】

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

（「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。

☐ ある ☐ ない ☐ 不明

## ●これまでに風しんの抗体検査（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

（「ある」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果はありますか。

☐ 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：\_\_\_\_\_

## 【医師記入欄】担当医は□欄にチェックして下さい。

☐ 対象者の住所は北九州市、福岡市及び久留米市を除く居住地と確認した。

確認書類：☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）

☐ 対象者が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

☐ （対象者が妊娠希望者以外の場合）妊娠希望者及び妊婦が感染予防に十分な免疫を保有していない、又は不明であることを確認した。

確認書類：☐ 風しん抗体検査結果書 ☐ 母子健康手帳

☐ 問診（受けていない、結果がわからない場合等） ☐ 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

※検査の結果抗体価が低かった場合、結果通知時点における予防接種実施状況を教えてください。

☐ 予防接種実施済み ☐ 予防接種実施予定あり ☐ 予防接種実施予定未定

## 風しん抗体検査結果

様

1. 抗体検査実施年月日 : 令和 年 月 日

2. 風しんウイルス抗体価検査結果 : \_\_\_\_\_  
使用した測定キットのチェック欄にチェックしてください。

| チェック<br>欄 | 測定キット名(製造販売元)                                  | 測定原理    | 基準値<br>(単位等)        |
|-----------|------------------------------------------------|---------|---------------------|
|           | 風しんウイルス HI 試薬「生研」<br>(デンカ生研株式会社)               | HI 法    | 32 倍<br>(希釈倍率)      |
|           | R-HI「生研」<br>(デンカ生研株式会社)                        |         |                     |
|           | ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG<br>(デンカ生研株式会社)             | EIA 法   | 8.0<br>(EIA 価)      |
|           | エンザイグノストB風疹/IgG<br>(シーモンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社) |         | 30<br>(国際単位(IU)/mL) |
|           | バイダス アッセイキット RUB IgG<br>(シスメックス・バイオメー株式会社)     | ELFA 法  | 45<br>(国際単位(IU)/mL) |
|           | ランピア ラテックス RUBELLA<br>(極東製薬工業株式会社)             | LTI 法   | 30<br>(国際単位(IU)/mL) |
|           | アクセス ルベラ IgG<br>(ハックマン・コルター株式会社)               | CLEIA 法 | 45<br>(国際単位(IU)/mL) |
|           | イーアッセイ CL 風疹 IgG<br>(株式会社保健科学西日本)              |         | 14<br>(抗体価)         |
|           | BioPlex MMRV IgG<br>(バイオ・ラット・ラボ・ラトリス株式会社)      | FIA 法   | 3.0<br>(抗体価 AI*)    |
|           | BioPlex ToRC IgG<br>(バイオ・ラット・ラボ・ラトリス株式会社)      |         | 30<br>(国際単位(IU)/mL) |

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

※基準値に掲げる抗体価未満の場合は予防接種が推奨されます。

※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。

検査結果は上記のとおりです。

令和 年 月 日

医療機関名 :

住所 :

電話 :

担当医 : \_\_\_\_\_ 印

# 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 |
| 9   | 医療法人協和病院        | 838-0144 | 小郡市祇園2丁目1-10     | 0942-72-2121 |
| 10  | 医療法人祥成会富安医院     | 838-0122 | 小郡市松崎764         | 0942-73-1271 |
| 11  | 赤松医院            | 838-0112 | 小郡市干潟676         | 0942-72-2519 |
| 12  | 渡辺内科胃腸科医院       | 838-0102 | 小郡市津古815-1       | 0942-75-3733 |
| 13  | 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 |
| 14  | 松隈産婦人科クリニック     | 838-0141 | 小郡市小郡1504-8      | 0942-73-3511 |
| 15  | 松尾医院            | 838-0143 | 小郡市小坂井279        | 0942-72-2011 |
| 16  | 医療法人牛嶋産婦人科クリニック | 838-0143 | 小郡市小坂井494-1      | 0942-73-3955 |
| 17  | 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 |
| 18  | 梯 医院            | 838-0144 | 小郡市祇園1丁目4-3      | 0942-72-2800 |
| 19  | 井手胃腸科内科医院       | 838-0136 | 小郡市上西鯨坂10-1      | 0942-73-1112 |
| 20  | 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 |

図1. 人抗体検査協力医療機関

|    |                |          |                 |              |
|----|----------------|----------|-----------------|--------------|
| 21 | 医療法人さとう産婦人科    | 838-0102 | 小郡市津古1210       | 0942-75-5366 |
| 22 | 医療法人権藤内科循環器科   | 838-0143 | 小郡市小坂井429-1     | 0942-72-3000 |
| 23 | 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 |
| 24 | 田中クリニック        | 838-010  | 小郡市美鈴が丘5丁目12-3  | 0942-75-5377 |
| 25 | 河原内科クリニック      | 838-0141 | 小郡市小郡670-1      | 0942-41-2330 |
| 26 | 大刀洗診療所         | 830-1221 | 三井郡大刀洗町高樋1252-1 | 0942-77-0220 |
| 27 | 医療法人格心会 蒲池病院   | 838-0141 | 小郡市小郡1342-1     | 0942-72-2007 |
| 28 | 西原内科医院         | 838-0141 | 小郡市小郡693-7      | 0942-72-4701 |
| 29 | 医療法人北野三清会 石田医院 | 830-1113 | 久留米市北野町中3286-2  | 0942-78-3295 |
| 30 | 倉岡医院           | 838-0106 | 小郡市三沢3949-7     | 0942-75-5111 |
| 31 | 仏坂内科医院         | 838-0106 | 小郡市三沢4225-28    | 0942-75-7802 |
| 32 | まどかファミリークリニック  | 838-0109 | 福岡県小郡市あすみ1-40   | 0942-23-0066 |
| 33 | 医療法人古川医院       | 838-0141 | 福岡県小郡市小郡330-18  | 0942-72-2415 |
| 34 | とみた内科循環器科      | 838-0108 | 小郡市美鈴の杜1-1-1    | 0942-65-5000 |
| 35 | 大城診療所          | 830-1124 | 久留米市北野町乙吉2      | 0942-78-2117 |