

平成31年度北海道風しん抗体検査事業について（協力医療機関用）

1 配置様式

- (1) リーフレット「風しん抗体検査費用を補助します」
- (2) 「北海道風しん抗体検査事業の検査を希望される方へ」
- (3) 「平成31年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書」
- (4) 「平成31年度北海道風しん抗体検査事業チェックシート」

2 チェックシートによる事業対象者の確認について

- (1) 居住地が事業対象の市町村であることの確認
住所欄に札幌市、小樽市、函館市、旭川市と記載されている場合は対象外
- (2) 事業対象者であることの確認
対象者は「1 どの受検資格に該当しますか。」の欄のいずれかに必ずチェックが
つくため、チェックがない場合は対象外
また、配偶者（同居者）との同時受検は補助対象外（配偶者（同居者）に対しての
補助は、出産経験がなく、かつ免疫疾患等で風しん抗体ができない女性の配偶者を想
定しているため、女性の風しん抗体価を先に検査する必要がある）
- (3) 除外者に該当していないことの確認
 - ア 「2 過去に抗体検査を受けたことがありますか。」
「あり」の場合は対象外（過去に抗体検査を受けたことがある者に該当）
 - イ 「3 過去に風しんの予防接種を受けたことがありますか。」
「あり」の場合は口答で回数を確認し、2回受けていれば対象外（過去に2回
の風しんの予防接種歴がある者に該当）
 - ウ 「4 過去に検査で確定診断を受けた風しんの罹患歴がありますか。」
「あり」の場合は対象外（検査で確定診断を受けた風しん既往歴のある者に該
当）※いずれも「わからない」の場合は対象とみなす。

3 検査後の取り扱い

- (1) 検査費用
E I A法の場合 6, 7 4 0円
H I法の場合 5, 3 5 0円を徴収してください。
- (2) 平成31年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書様式の配布
医療機関証明欄に記入していただくのが望ましい。

*裏面もあります

(3) 領収書の発行

上記申請書中の医療機関証明欄に記入しない場合、領収書の中に風しん抗体検査を行ったことがわかる内容「〇年〇月〇日（*検査年月日を記載）風しん抗体検査料（〇〇法）として」等と記載してください。

4 検査結果の通知について

診察時または郵送により、検査結果等を通知願います。

風しんの抗体価は、厚生労働省の平成26年4月25日付け「予防接種が推奨される風しん抗体価について（HI法・EIA法）」に基づき、EIA法では8.0未満、HI法では16倍以下の場合低いと判断されます。

風しん抗体価が低いと判断された場合、風しんにかかる可能性があることを説明し、風しんの予防接種の推奨をお願いします。

連絡先

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課

感染症・特定疾患グループ

電話 011-231-4111(内)25-532