

【風しん様式A】実施機関用

※実施機関は必ずコピーを保管ください。

沖縄県及び那覇市：風しん抗体検査用

年 月 日

委任状

【委任者】

①医療機関名	
②郵便番号	
③所在地	
④電話番号(要市外局番)	
⑤FAX番号(要市外局番)	
⑥検査実施の公表について※1	可 ・ 不可 ※いずれかに○をする
契約代表者役職・氏名※2	印

※1 県・市の広報紙やHP等で実施機関として公表してよいかの確認となります。

※2 本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	
メールアドレス	

*メールアドレスについては、共有アドレスでもよいので出来るだけご記入ください。

当院は、委任とりまとめ者である〇〇医師会へ、下記についての権限を委任いたします。

記

沖縄県及び那覇市が「風しん抗体検査委託事業実施要領 第2項 対象者等」に定めた者に対して実施する風しん抗体検査について、沖縄県及び那覇市と各々委託契約を締結し、委託料の請求及び受領を行うこと。

(委任とりまとめ者)

沖縄県〇〇市
 〇〇医師会
 会長 氏名

【風しん様式B】

地区医師会名 令和〇年〇月〇日現在

風しん抗体検査実施機関一覧表

	実施機関名	郵便番号	所在地 ※1	電話番号※2	FAX番号	実施の公表	担当者名	メールアドレス
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※1 所在地の欄については、丁目・番地等はハイフンの表記でも可(例: 〇〇市××1-1-1)。
※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

沖縄県及び那覇市：風しん抗体検査用

委任取り下げ書

令和 年 月 日

一般社団法人 地区医師会会長様

当実施機関は、令和 年 月 日に委任した下記の権限について、取り下げいたします。

記

沖縄県及び那覇市が「風しん抗体検査委託事業実施要領 第2項 対象者等」に定めた者に対して実施する風しん抗体検査について、沖縄県及び那覇市と各々委託契約を締結し、委託料の請求及び受領を行うこと。

以上

【提出者】

医療機関名	
郵便番号	
所在地	
電話番号(要市外局番)	
FAX番号(要市外局番)	
契約代表者役職・氏名	⑩

(記入担当者)

部署	
氏名	

風しん抗体検査申込書兼結果通知書

* 太線枠の中をご記入ください。

受付番号		検査日	令和	年	月	日
ふりがな		生年月日	昭和			
氏名			平成	年	月	日生
性別	男・女	年齢				歳
住所 連絡先	沖縄県 市・町・村		電話番号:()			

【対象者】 沖縄県在住の方で、下記の**【設問】**①に該当し、さらに②～④のいずれか及び⑤～⑦のいずれかに該当する方が対象者となります。

【設問】

① 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれ、左記の期間に生まれた男性については、住民票のある市町村へお問い合わせください。
昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれ、左記の期間に生まれた男性については、住民票のある市町村へお問い合わせください。

② 過去に風しんの抗体検査を受けたことがない

③ 過去に風しんの抗体検査を受けたことがあるが、検査結果が不明である(結果を持っていない)。

④ 過去に風しんの抗体検査を受けたことがあるが、「風しんの抗体価が低い(HI法32倍未満、EIA法で8.0未満)」と言われている。

⑤ 妊娠を希望する女性である

⑥ 「妊娠を希望する女性」の配偶者・同居者である。

⑦ 「風しんの抗体価が低い(HI法32倍未満、EIA法で8.0未満)妊婦」の配偶者・同居者である。

【受検者署名欄】
 この検査の結果は、沖縄県又は那覇市に報告されますが、検査結果を含む個人情報厳重に管理され、個人のデータが外部に公開されることはありません。以上のことを理解したうえで、風しん抗体検査を希望します。
 _____ 氏名(自署)

【医療機関記入欄】

以上の問診の結果・今回の抗体検査は(必要・不要)と判断した。

風しん別紙1により風しんに関する情報提供を行った。担当医氏名:
あなたの風しん抗体検査結果は下記のとおりです

医療機関名: _____ 令和 年 月 日
 住所: _____
 電話: _____ 代表者名: _____

検査方法	抗体価(数値)	風しん予防接種の必要性
<input type="checkbox"/> HI法	倍	<input type="checkbox"/> 32倍未満: 免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 32倍以上: 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> LTI法 (ランピアラテックス RUBELLA)	IU/ml	<input type="checkbox"/> 30未満: 免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 30以上: 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> LTI法 (ランピアラテックス RUBELLA II)	IU/ml	<input type="checkbox"/> 35未満: 免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 35以上: 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> EIA(IgG)法	EIA価	<input type="checkbox"/> 8.0未満: 免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 8.0以上: 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> 法		<input type="checkbox"/> 免疫が不十分なため予防接種を推奨します。(手順書別表1参照) <input type="checkbox"/> 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。(手順書別表1参照)

※検査はHI法又はLTI法を原則とします。

風しん抗体検査申込書兼結果通知書

*太線枠の中をご記入ください。

受付番号		検査日	令和	年	月	日
ふりがな			昭和			
氏名		赤枠内の記入	平成	年	月	日生
性別	男・女	年齢				歳
住所	沖縄県	市・町・村				
連絡先	〒		電話番号:(-	-)

【対象者】沖縄県在住の方で、下記の【設問】①に該当し、さらに②～④のいずれか及び⑤～⑦のいずれかに該当する方が対象者となります。

昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性は、市町村でのクーポン券での検査対象となります

【設問】

① 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれ、左記の期間に生まれた男性については、住民票のある市町村へお問い合わせください。

② 過去に風しんの抗体検査を受けたことのある方 **②-④のいずれかにチェック**

③ 過去に風しんの抗体検査を受けたことがあるが、検査結果が不明である(結果を持っていない)。

④ 過去に風しんの抗体検査を受けたことのある方 **⑤-⑦のいずれかにチェック** (低い(HI法32倍未満、EIA法で8.0未満)と言われている)。

⑤ 妊娠を希望する女性である

⑥ 「妊娠を希望する女性」の配偶者・同居者 **⑥⑦の場合、配偶者・同居者のいずれかを選択**

⑦ 「風しんの抗体価が低い(HI法32倍未満、EIA法で8.0未満)妊婦」の配偶者・同居者である。

①と②-④のいずれかひとつ、⑤-⑦のいずれかひとつにチェックがあり、受診者署名欄に記載があるか確認し、OKならば「必要」に○をする。

個人情報の取扱に関して、同意いただける場合に署名してください。記載がない場合は抗体検査は実施できません。

氏名(自署)

【医療機関記入欄】

以上の問診の結果・今回の抗体検査は(**必要** ・ 不要)と判断した。

風しん別紙1により風しんに関する情報提供を行った。担当医氏名: _____

風しん別紙1で風しんに関する説明を行いチェックをつける。担当医のサインもしくは記名・押印する。

医療機関名: _____

住所: _____

電話: _____

代表者名: _____

検査方法	抗体価(数値)	風しん予防接種の必要性
<input type="checkbox"/> HI法	倍	<input type="checkbox"/> 32倍未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 32倍以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> LTI法 (ランピアラテックス RUBELLA)	IU/ml	<input type="checkbox"/> 30未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 30以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> LTI法 (ランピアラテックス RUBELLA II)	IU/ml	<input type="checkbox"/> 35未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 <input type="checkbox"/> 35以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
<input type="checkbox"/> EIA(IgG)法	EIA価	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____法		<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。(手順書別表1参照)

赤枠に記載、抗体価の数値を確認し、風しん予防接種の必要性のチェックを入れる(クーポン券の場合と基準値が異なりますので要注意)

※検査はHI法又はLTI法を原則とします。

令和 年 月 日

沖縄県

地区医師会長 殿

風しん抗体検査実績報告書(医療機関用)

住所 〒 -
沖縄県

電話番号

電子メール

医療機関名

代表者名

印

※適格請求書発行事業者の登録 無

登録番号

令和 年 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり報告します。

記

1. 請求金額	¥	-
---------	---	---

(内訳)	実施機関区分	検査方法	単価 10%税込	件数	金額(円)
那覇市分	医療機関	HI法・LTI法	¥5,423	-	-
		EIA法・その他	¥6,952	-	-
	健診機関	HI法・LTI法	¥1,419	-	-
		EIA法・その他	¥2,948	-	-
小計					-
那覇市外分	医療機関	HI法・LTI法	¥5,423	-	-
		EIA法・その他	¥6,952	-	-
	健診機関	HI法・LTI法	¥1,419	-	-
		EIA法・その他	¥2,948	-	-
小計					-
10%対象		合計			-

内 10%対象 消費税	-
-------------	---

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫	支店 出張所	当座・普通
口座番号	ふりがな 口座名義		

提出期限:検査結果判明日の属する月の翌月の5日まで
※令和6年3月31日までに検査結果が判明した分が支払の対象となることに注意すること

添付書類:検査結果が記入された「風しん抗体検査申込書兼結果通知書(風しん様式1)」(原本)

令和 年 月 日

那覇市長 宛て

風しん抗体検査実績報告書兼委託料請求書

所在地

機関名 一般社団法人

地区医師会

会長名

印

電話番号

令和 年 月分の風しん抗体検査について内訳のとおり報告するとともに
下記のとおり請求致します。

記

請求金額

(内訳)	実施機関区分	検査方法	単価 10%税込	件数	金額(円)
	医療機関	HI法・LTI法	¥5,423		
		EIA法・その他	¥6,952		
那覇市分	健診機関	HI法・LTI法	¥1,419		
		EIA法・その他	¥2,948		
	事務手数料		¥305		
		合計		-	

※検査はHI法又はLTI法を原則とします。

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫	支店 出張所	当座・普通
口座番号	ふりがな 口座名義		

提出期限:検査結果判明日の属する月の翌月の10日まで

添付書類:検査結果が記入された「風しん抗体検査申込書兼結果通知書(風しん様式1)」(原本)

令和 年 月 日

沖縄県知事 宛て

風しん抗体検査実績報告書兼委託料請求書

所在地

機関名 一般社団法人

地区医師会

会長名

印

電話番号

令和 年 月分の風しん抗体検査について内訳のとおり報告するとともに
下記のとおり請求致します。

記

請求金額

(内訳)	実施機関区分	検査方法	単価 10%税込	件数	金額(円)
	医療機関	HI法・LTI法	¥5,423		
		EIA法・その他	¥6,952		
那覇市外分	健診機関	HI法・LTI法	¥1,419		
		EIA法・その他	¥2,948		
	事務手数料		¥305		
合計				-	

※検査はHI法又はLTI法を原則とします。

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫	支店 出張所	当座・普通
口座番号	ふりがな 口座名義		

提出期限:検査結果判明日の属する月の翌月の10日まで

添付書類:検査結果が記入された「風しん抗体検査申込書兼結果通知書(風しん様式1)」(原本)
「風しん抗体検査実績報告書(医療機関用)(風しん様式2)」(写し)