

INFORMATION

No. 1904-08

新規受託のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、下記の項目につきまして、新規受託を開始させていただくことになりましたので、ご案内申し上げます。

敬具

記

■検査要項

コード	検査項目名	採取容器	検体量	検査方法	基準値 (単位)	所要 日数	報告様式 (報告項目)
4504	風疹抗体検査・クーポン<<HI>>	A	血清 0.5mL (冷蔵)	HI法	8 以下 (倍)	4日～ 8日	・抗体価(倍) ・検査方法 ・判定結果
4505	風疹IgG抗体検査・クーポン<<EIA>>	A	血清 0.5mL (冷蔵)	EIA	6.0未満 (EIA価)	4日～ 8日	・抗体価(EIA価) ・検査方法 ・判定結果

※本項目は、厚生労働省による「風しんの追加的対策」のクーポン専用項目です。定期接種の対象となる風疹抗体価「**HI法: 8以下(倍)**、**EIA: 6.0未満(EIA価)**」を基準値欄に記載しています。

※各測定キットは以下の通りです。

検査項目	測定キット名(製造販売元)
コード: 4504 風疹抗体検査・クーポン<<HI>>	風疹ウイルスHI試薬「生研」(デンカ生研株式会社)
コード: 4505 風疹IgG抗体検査・クーポン<<EIA>>	ウイルス抗体EIA「生研」ルペラIgG (デンカ生研株式会社)

(裏面をご参照ください。)

■受託開始日

2019年 4月22日(月) より受託開始

株式会社 武蔵臨床検査所

* お問い合わせは当社または担当者までお願いいたします。

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 04-2964-2621 FAX 04-2964-6659
URL <http://www.e-musashi.co.jp>

■風しんの抗体検査受診票

[オモテ]

風しんの抗体検査受診票

※大枠内をご記入ください。
※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県	クーポン券貼付
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）	
質問事項	回答欄	医師記入欄
風しんの抗体検査を受けることと同じですか。	いいえ はい	

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
下記に該当する場合、□に✓を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
風しんの抗体検査を受けることを**希望いたしません。**

対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は（あり・なし・不明または記録なし）と確認した。
「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の（対象・非対象）と判断した。
対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（あり・なし・不明または記録なし）と確認した。
対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は、以下のとおり。
MMRワクチン 接種日（ 年 月 日）

検査結果の転記箇所

報告書にて以下の事項をご報告致します。

- ・抗体価
- ・検査方法
- ・判定結果

風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表2を参照）		判定結果 （いずれかに○）	実施場所・医師名・検査年月日	
検査方法：	法	風しんの第5期の 定期接種 対象	実施場所	医療機関等コード
抗体価	単位	風しんの第5期の 定期接種 非対象	医師名	
	倍・EIA値・IU/mL その他（ ）		検査年月日 （西暦）	年 月 日
検査番号（※裏面の付表1を参照）				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください。			

[ウラ]

● 付表1 「検査番号」について

本受診票の表面の表面に記載されている「検査番号」については、下表（付表1）に基づき、該当する番号を口を黒く塗りつぶして（■）下さい。検査方法の詳細と風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価の基準については、付表2を参照のこと。

検査番号	検査の実施機会	検査方法	風しんの抗体検査価格
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	1,290円 （税込：1,393円）
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	2,680円 （税込：2,894円）
3	月～金曜日午前8時から午後6時までの間、 または土曜日午前8時から正午までの間に 医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	HI法、LTI法	4,930円 （税込：5,324円）
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6,320円 （税込：6,825円）
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI法、LTI法	5,430円 （税込：5,864円）
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6,820円 （税込：7,365円）

● 付表2 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

※弊社で受託している風疹抗体検査・クーポン《HI》、《EIA》は、以下の項目です。

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法（赤血球凝集抑制法）	8倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスHI試験「生研」 （デンカ生研株式会社）
	8倍以下（希釈倍率）	R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）
EIA法（酵素免疫法）	6.0未満（EIA値）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）
	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）	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）

風疹抗体検査・
クーポン《HI》

風疹IgG抗体
検査・クーポン
《EIA》