

健康保険組合からのお知らせ

厚生労働省からの発信で、今年度も引き続き「風疹抗体検査」を実施しております。

「風疹」は、「人から人に伝染することによるその発生及びまん延を予防するため特に予防接種を行う必要があると認められる疾病」としてA類疾病に位置付けられており、定期接種の対象疾病になっています。

これまでは、乳幼児及び妊娠を希望する女性等を中心に予防接種を実施してきましたが、追加対策の対象となる多くの方は働く世代の男性で、予防対策延長年度の今年につきましては、昭和37年4月2日生まれから昭和54年4月1日に生まれた男性を全対象に、対象者がお住まいの市区町村より送付している抗体検査・予防接種の無料クーポン券にて無料受診できます。

当健康保険組合の定期健康診断時に、「抗体検査のみ」受診可能！！

昨年・一昨年受診できなかった昭和47年4月2日生まれから昭和54年4月1日生まれの被保険者の方も、定期健康診断時に風疹の抗体検査が受診可能ですのでご利用ください。

***** 当健康保険組合の定期健康診断で「抗体検査」を受ける方へ *****

- ① 「定期健康診断」を受診する方に限り「抗体検査」を受けることができます。
 - ※ 事業所によっては、「人間ドック」を受診された方が「定期健康診断」を受診できないこともありますのでご確認ください。
 - ※ 「抗体検査」のみの受診はできません。
- ② 市区町村より送付されたクーポン券と抗体検査用の問診票を必ず持参すること。
 - ※ 「定期健康診断」を受診するときに、必ず市区町村から送付された「風疹」のクーポン券を持参していただき、「風疹の抗体検査」用の問診票も記入のうえ、定期健康診断時に提示ください。
 - 問診票は、会社または健康保険組合にありますので申出ください。
 - ※ クーポン券を忘れた場合は受診できません。
- ③ 現在お住まいの市区町村から発行されたクーポン券のみ利用出来ます。
 - ※ 引越し等でクーポン券の発行元の市区町村と現在居住している市区町村が異なる場合は、住民票のある市区町村からクーポン券の再発行を受ける必要があります。
- ④ クーポン券に記載されている有効期限内で受診ください。
 - ※ 健康保険組合の定期健康診断は、今年度9月1日から12月9日となっていますので「定期健康診断」を受診できない場合は、医療機関にてクーポン券を提示して受診ください。

クーポンと問診票を受付にて提示 → 血液採取 → 後日河合医院より抗体結果送付
十分な量の抗体がない方が医療機関にて予防接種を受けることとなります

風しんの抗体検査受診票

※本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日まで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 府 県 町 村	
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）	

（クーポン券貼付）

質問事項	回答欄	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい いいえ	
（「はい」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。	はい いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年（2014年）4月1日以降に受けましたか。	はい いいえ	
（「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい いいえ	
（「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類（該当に○）（風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン）	はい いいえ	

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。

□ 私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書（医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。）

この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。（署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。）

年 月 日 被検者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載）

医師記入欄	<p>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。</p> <p>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。「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。</p> <p>1回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日）</p> <p>2回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日）</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	---

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： F I A 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	風しんの第5期の定期接種 非対象	医療法人社団 河合医院	2 8 1 0 5 0 7 0 4 2
単位		医師名 三 澤 彩 夏	
倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（抗体価AI）		検査年月日 年 月 日	
検査番号（※裏面の付表1を参照）		（西暦）	
<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" 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）

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。