

平成 29 年 4 月 28 日

会 員 各 位

柏 市 医 師 会
会 長 金 江 清
担 当 理 事 大 倉 充 久

千葉県風しん対策に係る抗体検査の新規登録及び登録抹消について

千葉県健康福祉部疾病対策課より千葉県医師会へ標記の協力依頼がありました。

標記につきましては、千葉県医師会を通して一括契約をすることで、我孫子市・白井市・松戸市・流山市・野田市などの近隣市の対象者についての風しん抗体検査が施行可能となります。

この事業は平成 26 年度より継続されており（別紙に協力医療機関一覧）、引き続きご協力いただけます場合は、手続き不要です。新たに登録される場合には委任状、辞退される場合には、辞退届が必要となりますので、下記ファックスで医師会事務所までお申し出ください。

【事業概要】

- ・実施期間 平成 29 年（県医が契約した日）～平成 30 年 3 月 31 日
- ・対象者 県内市町村に居住地を有し、妊娠を希望する女性
（千葉市・船橋市・柏市除く）
除外：①過去に風しん抗体検査を受けたことがある者
②明らかに風しん予防接種歴がある者
③検査で確定診断を受けた風しん罹患の既往歴がある者
- ・検査方法 1.風しん抗体検査申込票にて検査対象者に該当するか否かの確認
2.E I A 法 I g G による検査の実施
3.検査結果の説明と、陰性者への予防接種の必要性の説明
- ・委託料 一人あたり 6, 7 0 0 円
支払方法は、委託契約した医療機関からの請求書（実施月の翌月 15 日までに知事あて提出）に基づき、県より実施する医療機関に直接支払う
- ・参加医療機関名は、千葉県のホームページ等に掲載します。

参加ご希望の場合には、5 月 9 日（火）までに柏市医師会まで提出をお願い致します。

なお、検査の結果、陰性だった方への予防接種費用の助成は、県としては行っていません。

予防接種の助成については、各市町村によりその対応が異なります。

（柏市民に対しては、すでに平成 29 年度風しん抗体検査及び風しん予防接種費用助成事業協力医療機関のご案内のうえ希望された医療機関のご登録は済んでおります。）

千葉県風しん対策に係る抗体検査 新規登録及び登録抹消について

*届出を希望される場合のみ、下記に“○”を記載して頂き、FAXしてください

（FAX番号：7147-1711）

*登録したい（委任状用紙希望）

*登録抹消する（辞退届用紙希望）

平成 29 年 月 日

医療機関名称 _____