

【 実施医療機関用 】

兵庫県風しん抗体検査業務委託実施要領

(妊娠を希望される方々等対象)

(一社) 兵庫県医師会

令和5年度版

兵庫県風しん抗体検査業務委託実施要領

〈妊娠を希望される方々等対象〉

1 事業概要

(1) 対象とする検査
風しん抗体検査

(2) 対象者

本事業の実施を希望する者で、神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市を除く県内に住所を有し、次のいずれかに該当する者。ただし、過去に風しん抗体価検査を受けた結果、十分な量の抗体があることが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者又は昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性(風しんの第五期の定期予防接種対象者)は除く。

ア 妊娠を希望する女性

イ 妊娠を希望する女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)などの同居者(妊娠を希望する女性が居住する空間を同一にする頻度の高い者)

ウ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)などの同居者(風しん抗体価が低い妊婦が居住する空間を同一にする頻度の高い者)

(3) 検査費の負担

対象検査の受診者負担相当額を県が負担し、受診者負担額は無料。

(4) 実施期間：2023年4月1日～2024年3月31日

(5) 委託医療機関：検査実施を希望する医療機関

(但し、神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市に所在する医療機関は除く)

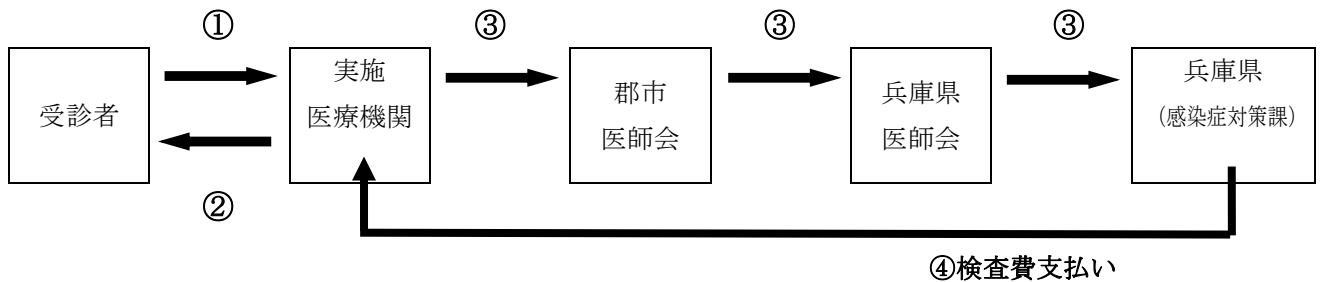
(6) 受診者見込数：令和5年度2,200人

(7) 委託費：1件につき6,028円(消費税含む)

〈積算〉風しん抗体検査(HI法)5,480円

2,880円(初診料)+370円(採血)+790円(抗体価HI)+1,440円(判断料)

2 検査業務実施の流れ



① 申込・受診（ 受診者 → 実施医療機関 ）

- ・【様式1号】兵庫県風しん抗体検査申込書・個人票を受付で検査希望者にお渡しいただく。
- ・受診者本人が、県保健所（健康福祉事務所）、兵庫県のホームページいずれかにて入手の上持参される場合もありますが、原則は実施医療機関でご準備願います。
- ・記入漏れがないかご確認をお願いします。

② 検査結果回答（ 実施医療機関 → 受診者 ）

検査結果については、口頭（再受診含）または電話等でお伝えください。

③ 検査費請求（ 実施医療機関 → 郡市医師会 → 県医師会 → 県 ）

④ 検査費支払（ 県 → 実施医療機関 ）

- ・【別紙様式2】委任状を最初の請求時に郡市医師会へご提出下さいますようお願いいたします。請求方法等は、以下の「5 請求・支払方法」をご参照ください。

3 県民への周知

- (1) 県広報紙への掲載
- (2) 県ホームページへの掲載
- (3) 県医師会ホームページでの掲載

4 請求できる費用

(1) 委託費

検査項目	1件につき
風しん抗体検査（HI法）	6,028円

(2) 事務処理費

委託費と合わせ1人の検査につき489円が実施医療機関に支払われます。

5 請求・支払方法

別紙様式をご活用の上、以下の流れに沿って検査料（委託費）及び事務処理費をご請求ください。

- (1) 兵庫県風しん抗体検査申込書・個人票（様式1号）のコピーを取り、原本は実施医療機関にて保管する。
- (2) 兵庫県風しん抗体検査実施件数報告書兼請求書（様式2号-1）を作成する。
- (3) 作成した兵庫県風しん抗体検査実施件数報告書兼請求書（様式2号-1）に、(1)の申込書・個人票のコピーを添付し、所属の郡市医師会へ提出する。
（毎月末締、翌月5日までに所属の医師会へ提出）

(4) 請求された検査料（委託費）及び事務処理費は、兵庫県→実施医療機関の流れで振込まれる。（2. 検査業務実施の流れ参照）

6 受診者への対応

受診者に対して、当該検査についてあらかじめ説明していただくとともに、検査結果についても十分説明いただくようお願いします。検査結果については、口頭または電話で伝えてください。

なお、抗体価が低いと判定された方に対しては、予防接種の必要性についてご説明くださるようお願いします。

（県下各市町の風しん予防接種における助成事業等の状況は兵庫県ホームページを参照）

7 各種様式について

兵庫県医師会ホームページに掲載

[掲載様式：申込書・個人票（様式1号）、抗体検査実施件数報告書兼請求書（様式2号-1）]

URL : <https://www.hyogo.med.or.jp/>

感染症情報 → (医療関係者向け) 風しん → 兵庫県風しん抗体検査業務委託について

連絡問合せ先

(担 当)

(一社) 兵庫県医師会 業務1課

〒651-8555 神戸市中央区磯上通 6-1-11

TEL : 078-231-4114(代) FAX : 078-231-8112

(委託元)

兵庫県健康福祉部感染症等対策室感染症対策課感染症班

〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1

TEL : 078-341-7711(代) FAX : 078-362-9474

兵庫県風しん抗体検査 申込書・個人票

(妊娠を希望される方々等対象)

【受検者記入欄】(太枠内の項目について記載してください)

受検日	西暦 年 月 日		
フリガナ			西暦
受検者署名 (氏名)	男・女		年 月 日生 ()歳
住 所	〒 ー 兵庫県 (市・町)		
	日中連絡が取れる電話番号： ※神戸市・尼崎市・姫路市・西宮市・明石市(政令市・中核市)にお住まいの方については対象ではありません。		
対象要件	<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> (2) 妊娠を希望する女性の配偶者※などの同居者 <input type="checkbox"/> (3) 妊婦の配偶者※などの同居者 ※配偶者については内縁関係を含む		
	(2)・(3)の方は妊娠を希望する女性または妊婦の名前を記載してください。 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>		

この検査に関する個人情報は、兵庫県個人情報保護条例に基づき取り扱います。

【医療機関記載欄】

医療機関名 所在地	〒
医師名	

【風しん抗体検査結果記載欄】

検査方法	<input type="checkbox"/> HI法
検査結果	【HI法】 <input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍 <input type="checkbox"/> 16倍 <input type="checkbox"/> 32倍 <input type="checkbox"/> 64倍 <input type="checkbox"/> 128倍 <input type="checkbox"/> 256倍 <input type="checkbox"/> 512倍以上
検査結果通知	<input type="checkbox"/> 検査結果連絡済(方法:)
備考欄	

兵庫県風しん抗体検査 申込書・個人票
(妊娠を希望される方々等対象)

【様式1号】

記載例

【受検者記入欄】(太枠内の項目について記載してください)

太枠内受検者本人により直筆下さい

受検日	西暦 20XX 年 X 月 XX 日		
フリガナ	ヒョウゴ ハナコ	西暦	20XX年 XX月 XX日生
受検者署名 (氏名)	兵庫 花子	男・女	(XX)歳
住所	〒651-8555 兵庫県〇〇〇市●●●●		
	日中連絡が取れる電話番号 : XXX-XXXX-XXXX ※神戸市・尼崎市・姫路市・西宮市・明石市(政令市・中核市)にお住まいの方については対象ではありません。		
対象要件	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> (2) 妊娠を希望する女性の配偶者※などの同居者 <input type="checkbox"/> (3) 妊婦の配偶者※などの同居者 ※配偶者については内縁関係を含む	(2)・(3)の方は妊娠を希望する女性または妊婦の方の名前を記載してください。	

この検査に関する個人情報、兵庫県個人情報保護条例に基づき取り扱います。

【医療機関記載欄】

医療機関名 所在地	〒651-8555 〇〇〇市●●●●～ △△医院(病院)
医師名	兵庫 太郎

【風しん抗体検査結果記載欄】

検査方法	<input type="checkbox"/> HI法
検査結果	【HI法】 <input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 8倍 <input type="checkbox"/> 16倍 <input type="checkbox"/> 32倍 <input type="checkbox"/> 64倍 <input type="checkbox"/> 128倍 <input type="checkbox"/> 256倍 <input type="checkbox"/> 512倍以上
検査結果通知	<input type="checkbox"/> 検査結果連絡済(方法:)
備考欄	結果通知については、再受診の際や電話等いずれも可能 抗体価が低いと判定された方に対し、予防接種の必要性についてご説明いただく欄とする等ご自由に記載ください。

兵庫県風しん抗体検査実施件数報告書兼請求書
<妊娠を希望される方々等対象>

令和 年 月 日

医師会御中

医療機関住所:

医療機関名:

兵庫県風しん抗体検査事業に係る実施件数について、下記のとおり報告するとともに、検査費及び事務処理費を請求します。

記

報告対象期間	令和	年	月	実施分
検査実施件数	検査方法	実施単価	実施件数	検査費計
	①HI法(10%税込)	6,028 円	件	円 *1
事務処理費(1件あたり489円)*2			件	円
請求額合計(*1+*2)				円

※「兵庫県風しん抗体検査申込書・個人票【様式1号】のコピー」を実施件数分添付し、所属の医師会までご提出(請求)ください。(毎月末締め、翌月5日までに所属郡市医師会へ提出)

記載例

兵庫県風しん抗体検査実施件数報告書兼請求書
<妊娠を希望される方々等対象>

令和 X 年 XX 月 XX 日

〇〇〇市 医師会御中

所属医師会名を記載ください

医療機関住所: 〇〇〇市●●●●～

医療機関名: △△△医院(病院)

兵庫県風しん抗体検査事業に係る実施件数について、下記のとおり報告するとともに、検査費及び事務処理費を請求します。

記

報告対象期間	令和 X 年 XX 月 実施分			
検査実施件数	検査方法	実施単価	実施件数	検査費計
	①HI法(10%税込)	6,028 円	10 件	60,280 円 *1
事務処理費(1件あたり489円)*2			10 件	4,890 円
請求額合計(*1+*2)				65,170 円

※「兵庫県風しん抗体検査申込書・個人票【様式1号】」を実施件数分添付し、所属の医師会までご提出(請求)ください。(毎月末締め、翌月5日までに所属郡市医師会へ提出)

(別紙様式2)

_____枚

年 月 日

兵庫県知事 齋藤 元彦 様

委任者 神戸市中央区磯上通6丁目1番11号
一般社団法人 兵庫県医師会
会 長 八 田 昌 樹 印

委 任 状

下記1 委任事項の権限を、下記2 の受領者に委任することに承諾します。

記

1 委任事項

令和5年度兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務委託契約書
第7条に基づく風しん抗体検査料の受領に関すること。

2 受領者

住 所 _____

(フリガナ)

氏 名 _____