【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				

- ※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)

<del>-</del> )	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○○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○○市

○○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			※1	釆州笙けハイフ	/の表記でも可()	(河) .		
11			<ul><li>※1 所在地の欄については、丁目・ ○○市××1-1-1)。</li><li>※2 電話番号の欄については、市外</li></ul>	田地子(3/11/2/	- V2X配(U1](	, . [		
12				・何番かり11略で	9 (C市C人。			
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								_

## 沖縄県及び那覇市:風しん抗体検査用

# 委任取下げ書

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	1
------	---

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	ⅎ

(記入担当者)

部署	
氏名	

【設問】

### 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	目	令和	年	月	日
ふりがな								昭和			
氏 名						生年	月日		年	月	日生
Д Д								平成			
性 別		男	•	女		年	齢			方	鼓
住 所	沖縄県			市	• 町 •	村					
連絡先	Ŧ		-			電	活番号:(		_	_	)

【対象者】沖縄県在住の方で、下記の【設問】①~③のいずれかに該当し、さらに④~⑥のいずれかに該当する方が対象となります。

	1	過去に風しんの抗体検査を受けたことがない								
	2	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)。								
	3	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。 妊娠を希望する女性である								
	4	妊娠を希望する女性である								
	<b>⑤</b>	「妊娠を希望する女性」の配偶者・同居者である。								
□ ⑥ 「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。										
この検査	【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は厳重に管理され、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)									
【医库拟目	3日会7 7 489	1								
以上	【医療機関記入欄】 以上の問診の結果・ <u>今回の抗体検査は(必要・不要)</u> 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				令和 年 月 日						
住				代表者名:						
検査方法	去	抗体価(数値)		風しん予防接種の必要性						
— I II ⅓+		<i>l</i> -tr		32倍未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。						
□HI法	\$	倍		32倍以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。						
		IU/ml		30未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。						
(ランピアラ RUBELL		10/1111		30以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。						
		IU/ml		35未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。						
(ランピアラ RUBELL		10/1111		35以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。						
□EIA(I	gG) 法	EIA価		8.0未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。						
	80/12	ы т <sub>і</sub> ш		8.0以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。						
	法			免疫が不十分なため予防接種を推奨します。( <u>手順書</u> 別表1参照)						
				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	tHI法又	はLTI法を原則とします。	, t. j. i							
			実施精	機関区分(□圧療機関□□健診機関□)※該当箇所にチェック						

受付番号

ふりがな

氏 名

別

性

年

年

## 風しん抗体検査申込書兼結果通知書

検査日

生年月日

齢

年

令和

昭和

平成

\*太線枠の中をご記入ください。

沖縄県

男

女

市·町·村

赤	罕囚	のほ	記入

月

月

歳

日

日生

理 桁 冗	〒 -	電話番号:( )
【対象者】	沖縄県在住の方で、 該当する方が対象とな	下記の【設問】①~③のいずれかに該当し、さらに④~⑥の らります。
·		
【設問】	①-③のいずれかにチェ	ック
	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)。
	過去に風しんの抗体検査を満した言われている	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
	ℊℊ ④-⑥のいずれかにチェ	ック
	「妊娠を希望する女性」の配	・ ・ ・ 同居者である。 個人情報の取扱に関して、同意いただける場合に署名する。
	 「風しんの抗体価が低い(HI	I法32倍未満、EIA ※署名がない場合は抗体検査は実施できません。
<b>文</b> 候	-	
こ公開さ	は、沖縄県又は那覇市に報告	でうえで、風しん抗体検・イ望します。
	問にチェックがあり、かつ受診者 に記載があるか確認し、OKなら	
	引に口をする。	八山(日有)
医療機関記入欄		
		<u> </u>
] 風しん別紙10	により風しんに関する情報提供	
A LLOW HER I.	めなたり風しん	が抗体検査結 風しん別紙1で風しんに関する説明を行いチェック
	体価の数値を確認し記入する のチェックを入れる	5。風しん予防 をつける。
技性の必安性	.のテェックを入れる 	代表有名:
<b>△★</b> +₩	七·休/年 (粉/広)	風しん予防接種の必要性
<u> </u>	抗体価(数値)	
□HI法	倍	□ 32倍未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。
		□ 32倍以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。 □ 20本港・免疫が不上分かため予防接種な推奨します。
コLTI法 ランピアラテックス	IU/ml	□ 30未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。
RUBELLA)		□ 30以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
コLTI法 ランピアラテックス	IU/ml	□ 35未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 25 N. h. 土 ハカ 免疫が たい - ス に 接 様 は 以 画 た いませ /
RUBELLA II )		□ 35以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。
□EIA(IgG)法	EIA価	□ 8.0未満:免疫が不十分なため予防接種を推奨します。 □ 8.0以上: 十分な免疫がたり、予防接種は必要なりません
		□ 8.0以上:十分な免疫があり、予防接種は必要ありません。 Φ
□ 法		□ 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) □ しいわ会席がなり、子院接続は火悪なります。(手順書別表1参照)
	けて決な原則しませ	□ 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)
ペ快宜はHI法乂	はLTI法を原則とします。	
		実施機関区分(□医療機関□健診機関)※該当箇所にチェック

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)

電話番号

電子メール

医療機関名

代表者名

※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 ¥ 単価 (内訳) 件数 金額(円) 実施機関区分 検査方法 10%税込 HI法·LTI法 ¥5,449 医療機関 EIA法・その他 ¥6,978 那覇市分 HI法•LTI法 ¥1,445 健診機関 EIA法・その他 ¥2,974 小計 HI法·LTI法 ¥5,449 医療機関 EIA法・その他 ¥6,978 那覇市外分 HI法·LTI法 ¥1,445 健診機関 EIA法・その他 ¥2,974 小計 10%対象 合計 内 10%対象 消費税 (振込先) 銀行 支店 金融機関名 当座•普通 金庫 出張所 ふりがな 口座番号

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8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

(EJ)

電話番号

登録番号 T

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	¥5,449		
	区/尔/戏(民)	EIA法・その他	¥6,978		
那覇市分	<i>5</i> - <b>1</b> → △ → → □ → □ → □ → □ → □ → □ → □ □ □ □	HI法·LTI法	¥1,445		
	健診機関	EIA法・その他	¥2,974		
	事務手数料		¥331		
	10%対象	合計		-	¥0

内 10%対象 消費税 ¥0

※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

担当者名

電話番号

登録番号 T

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)
那覇市外分	医療機関	HI法·LTI法	¥5,449		
		EIA法・その他	¥6,978		
	健診機関	HI法·LTI法	¥1,445		
		EIA法・その他	¥2,974		
	事務手数料		¥331		
	10%対象	合計		_	¥0

※検査はHI法又はLTI法を原則とします。

¥0

内 10%対象 消費税

(振込先)

金融機関名	銀行金庫		友店 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)