

【麻しん様式A】 実施医療機関用

※医療機関は必ずコピーを保管ください。

沖縄県：麻しん抗体検査・MRワクチン接種用

年 月 日

委 任 状

【委任者】	①医療機関名	
	②郵便番号	
	③所在地(要都道府県)	
	④電話番号(要市外局番)	
	⑤FAX番号(要市外局番)	
	⑥契約代表者役職・氏名※2	印

※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)	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 (地区・市)医師会へ、下記の1から2
についての権限を委任いたします。

記

- はしか(麻しん)抗体検査及びMRワクチン接種委託事業実施要領第4項の「対象者等」対して実施する麻しん抗体検査及び乾燥弱毒性麻しん風しん混合ワクチン(以下「MRワクチン」という)の予防接種について、下記に記入した業務範囲のうち「委託する」に○を記入したものに限り、沖縄県と委託契約を締結し検査または予防接種を行うこと。
- 上記1.に係る委託契約における委託料の請求及び受領を行うこと。

⑦受託業務 麻しんの抗体検査及びMRワクチン接種について、貴医療機関における受託の可否及び県のホームページでの公表について○で御記入下さい。

●麻しんの抗体検査		●MRワクチン接種		●公表について		●医師について
受託する	受託しない	受託する	受託しない	同意する	同意しない	予防接種を行う医師の数
						名

(委任とりまとめ者)

住所: 沖縄県

(地区・市)医師会

代表者名

麻しん抗体検査・MRワクチン実施医療機関一覧

	実施機関名	予防接種等を担当する医師の数	〒	所在地 ※1	電話番号※2	FAX	受託範囲 ※3		実施の公表	担当者名	メールアドレス
							麻しんの抗体検査	MRワクチン接種			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

※1 所在地の欄については、丁目・番地等はハイフンの表記でも可(例:〇〇市××1-1-1)。
 ※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

沖縄県：麻しん抗体検査MRワクチン接種用

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

沖縄県が「麻しん(はしか)抗体検査及びMRワクチン接種委託事業実施要領第4項 対象者」に定めた者に対して実施する麻しん抗体検査及びMRワクチン接種について、沖縄県との委託契約を締結し、委託料の請求及び受領を行うこと。

以上

【提出者】	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	⑩

(記入担当者)

部署	
氏名	

麻しん(はしか)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		検査受診日	令和	年	月	日
ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日生
氏名			平成			
性別	男・女	年齢				歳
住所 連絡先	沖縄県 〒	市・町・村				電話番号:()

**【対象者】 沖縄県在住の方で、下記の設問①、②に該当する方が対象です。
なお、③に該当する男性は③も該当する方のみ対象となります。**

【設問】

- ① 昭和44年4月2日から平成11年4月1日までの間に生まれた
- ② 過去に麻しんの抗体検査を受けたことがない(記録がない)。
- ③ 昭和44年4月2日から昭和54年4月1日までに生まれた男性で市町村で実施している「風しん抗体検査」を受けて、検査結果が基準値以上で予防接種は不要であった。
左記の期間に生まれた男性については、住民票のある市町村へお問い合わせください。(クーポン券が届いていない場合は、住民票のある市町村にて発行の手続きを行ってください)

【受診者署名欄】

この検査の結果は、沖縄県に報告されますが、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、麻しん抗体検査を希望します。

自署 _____

【医療機関記入欄】

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。

麻しん別紙1により麻しんに関する情報提供を行った。

担当医氏名: _____

Ⓜ

※結果の通知方法を検査申込者へお伝えください。

あなたの麻しん抗体検査結果は下記のとおりです

医療機関名: _____

令和 年 月 日

住所: _____

電話: _____

代表者名: _____

検査方法	抗体価(数値)	麻しん予防接種の必要性	
<input type="checkbox"/> PA法	倍	<input type="checkbox"/>	PA法16倍以下 EIA法-IgG2.0以下 免疫が不十分なため予防接種を推奨します。この検査結果を提示してMRワクチンを無料で受けることができます。
<input type="checkbox"/> EIA法-IgG		<input type="checkbox"/>	PA法32倍以上 EIA法-IgG2.1以上 麻しんに対する免疫があり、予防接種は必要ありません。

※検査はPA法、EIA法-IgGを原則とします(そのほか検査法は補助の対象外です)。

※実施機関区分(医療機関 健診機関) 該当箇所には

【麻しん様式2】

医療機関・検査センター(写)→地区医師会(原本)→沖縄県(写)

令和 年 月 日

沖縄県

地区医師会長 殿

麻しん(はしか)抗体検査及びMRワクチン接種実績報告書兼請求書
(医療機関・検査センター用)

住所 〒 -
沖縄県
電話番号
電子メール
医療機関名
代表者名 ㊞

令和 年 月分の麻しん抗体検査・MRワクチン接種が完了いたしましたので報告します。

記

1. 請求金額 ￥ -

実施機関区分	内容	検査方法等	単価 (税込)	件数	金額(円)
医療機関	抗体検査	PA法・EIA-IgG法	¥2,500		-
	予防接種	MRワクチン	¥10,197		-
	小計			-	-
健診機関	抗体検査	PA法・EIA-IgG法	¥650		-
	予防接種	MRワクチン	¥10,197		-
	小計			-	-
合計					-

(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5日まで(ただし受付は2月末日をもって、終了すること。2月分は3月8日までに地区医師会あてに請求すること。)

※添付書類:検査結果が記入された「麻しん(はしか)抗体検査申込書兼結果通知書(麻しん様式1)」(原本)

「MRワクチン(麻しん風しん混合予防接種)予診票(麻しん様式4)」(原本)

【麻しん様式3】

地区医師会(写)→地域保健課(原本)

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

麻しん(はしか)抗体検査及びワクチン接種実績報告書兼請求書(地区医師会用)

〒 -
住所 沖縄県
電話番号
電子メール
医療機関名
代表者名 印

令和 年 月分の麻しん(はしか)抗体検査について下記のとおり報告するとともに下記の金額を請求しますの
下記の口座に振り込んでください。

記

請求金額	#REF!
------	-------

(内訳)

実施機関区分	内容	単価 (税込)	件数	金額
医療機関	麻しん抗体検査(PA法・ EIA法-IgG)	¥2,500	0件	0円
	MRワクチン接種	¥10,197	0件	0円
健診機関	麻しん抗体検査(PA法・ EIA法-IgG)	¥650	0件	0円
	MRワクチン接種	¥10,197	0件	0円
地区医師会	手数料	¥442	0件	0円
合計				0円

(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:検査の翌月の10日(2月実施分については、3月15日まで)

※添付書類:検査結果が記入された「麻しん(はしか)抗体検査申込書兼結果通知書(麻しん様式1)」(原本)
「麻しん(はしか)抗体検査及びMRワクチン接種実績報告書兼請求書(医療機関・検査センター用)(麻しん様式2)」(写)
「MRワクチン(麻しん風しん混合予防接種)予診票(麻しん様式4)」(原本)

【麻しん様式4】

MRワクチン(麻しん風しん混合予防接種)予診票

※本枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村	ふりがな	性別
			氏名	
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
定期予防接種の対象者(S37年4月2日～S54年4月1日までの間に生まれた男性)ですか。	はい	いいえ	
・上記が「はい」の場合、風しんの抗体検査を受けましたか。	はい	いいえ	「いいえ」の場合対象外
・上記が「はい」の場合、風しんの抗体検査結果は基準値以上ですか。	はい	いいえ	「いいえ」の場合対象外
麻しん抗体検査の結果(麻しん抗体検査申込書兼結果通知書等)を持っていますか。	はい	いいえ	「いいえ」の場合対象外
・上記が「はい」の場合、抗体価は基準値以下(PA16倍以下、HI8倍以下、NT4倍以下、EIA法-IgG2.0以下)ですか。	はい	いいえ	「いいえ」の場合対象外
MRワクチン(風しん麻しん混合予防接種)説明書(麻しん別紙3)を読みましたか。	はい	いいえ	「いいえ」の場合対象外
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	「いいえ」の場合対象外
現在、何か病気にかかっていますか。(病名:)	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容:)	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症状() 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	被接種者が、沖縄県が行うはしか(麻しん)予防接種事業の対象者であることを抗体検査の結果等により確認(した・していない) 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印

麻しん予防接種(MRワクチン)希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市区町村に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
	ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日 (西暦)	No.

※ 受付は2月末日をもって終了し、3月8日までに提出すること。