

佐賀県風しん予防接種事業【留意事項】

1 対象者について

以下の者が対象となります。対象者が持ってくる抗体検査結果を確認し、抗体価が低いことを確認してください。

(対象者)

風しん抗体検査（県の風しん抗体検査事業だけではなく、個人で医療機関で検査された場合も対象）において、風しんの抗体価が低い（HI法：抗体価16倍以下、EIA法：EIA価8.0未満^{※1}、国際単位30IU/ml未満^{※2}）者で、（1）又は（2）に該当する者

（1） 県内に住所を有する女性で妊娠を希望する風しん抗体価が低い者

（2） 県内に住所を有する「風しん抗体価が低い妊婦」の同居者で風しん抗体価が低い者^{※3}

※1：デンカ生研株式会社の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準

※2：シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準

※3：（2）のうち、昭和37年(1962年)4月2日から昭和54年(1979年)4月1日生まれの男性で風しん抗体価がHI法8倍以下またはHI法8倍以下相応の者を除く。

2 受付印等の確認について

- ・対象者は、「予診票」を持参されます。「予診票」に市町の受付印があるかご確認ください。
- ・「予診票」の右上に⑯又は⑰の番号が印字されているのをご確認ください。番号が入っていない「予診票」は使用できませんので、番号が入っていない予診票を持参された場合は、対象者に市町窓口へ問い合わせさせていただくようお願いください。

市町の受付印



【予診票より一部抜粋】（予診票の上部 太枠囲み内）

住 所	電話番号	◎市町 確認欄
(フリガナ) 受ける人の氏名	1. 男 2. 女 年齢・生年月日（ 歳） 昭和・平成 年 月 日	

3 市町番号の確認について

予診票の上部の市町番号欄に市町番号の記載がない場合は委託料単価表をご確認いただき、該当する市町の委託料単価表の左端の番号を記載してください。

4 ワクチンの種類について

- ・「風しんワクチン」又は「麻しん風しん混合ワクチン」

5 予診票の破棄について

- ・対象者は、風しん予防接種予診票と麻しん風しん混合予防接種予診票を持って来院します。使用しなかった予診票は、お手数ですが破棄をお願いします。

6 予防接種費用について

当該事業は現物給付となっていますので、本人から接種費用は徴収しないでください。