

INFORMATION

No.2019.14
2019年10月

『福岡市風しん抗体検査』および『国のクーポン券利用風しん抗体検査』のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。
このたび、『福岡市風しん抗体検査』および『国のクーポン券利用風しん抗体検査』の検査方法追加につきましてご案内いたします。
ご提出に関しては、下記内容をご確認のうえ、ご利用賜りますようお願い申し上げます。

敬 白

記

【実施日】 2019年11月1日(金) 受託分より
【検査項目名】 風疹 I g G (CLEIA) 健診
【内容一覧】

内容	『福岡市風しん抗体検査』	『国のクーポン券風しん抗体検査』
セット番号(セット名)・コードNo.	S122(市風疹健診(CLEIA))	4227
検査項目名	風疹 I g G (CLEIA) 健診	風疹 I g G (CLEIA) 健診
採血管<キャップ色>(容器番号)	血清用真空採血管<茶色>(①)	血清用真空採血管<茶色>(①)
採血量	全血 6ml	全血 6ml
報告日数	3~5日	3~5日
検査依頼書	総合検査依頼書(OCR I)にセット番号<S 122>をご記入下さい	総合検査依頼書(OCR I)にコード番号<4227>をご記入下さい
抗体価判定基準	裏面をご参照ください。	厚生労働省の実施要項をご参照ください。 ※CLEIA法 パックマン・コーラー社 20未満IU/mL
実施登録医療機関問合せ先	福岡市医師会加入の登録医療機関(福岡市医師会 医務課 TEL092-852-1504)	

【追加理由】

全国で風しん抗体検査を実施しておりHI法、EIA法に検査依頼が集中している状況になっています。このままの受託状況が継続すると検査試薬の安定供給が出来なくなることが考えられます。
この様な状況のため、健診で測定する風しん抗体検査につきましては、HI法、EIA法よりCLEIA法でのご依頼をお願いいたします。



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1510

【『福岡市風しん抗体検査』判定基準】

福岡市の判定基準ではC L E I A法はE I A法抗体価③※ベックマン・コールター株式会社に該当いたします。

方法	抗体価
EIA 法	①の場合、EIA 価8.0 未満 ②の場合、30 IU/mL 未満 ③の場合、45 IU/mL 未満 ※

注：使用する検査キットのメーカー

- ①デンカ生研
- 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又は極東製薬工業株式会社
- ③シスメックス・ビオメリュー株式会社又は ※ベックマン・コールター株式会社

福岡市風しん抗体検査（成人等）問診票も一部変更となりますので下記をご参照ください。

福岡市風しん抗体検査(成人等)結果

本人通知
※大切に保管してください

住 所	福岡市	電 話	() () ()
ふりがな		男	昭和 平成
受ける人の氏名		女	生 年 月 日 生 (満 歳)

【はじめに】
 ・この検査の対象者は、福岡市内に住民票があり、次の要件に該当する方です。
 (1) 妊娠希望者（妊婦は除く）
 (2) 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）、同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）
 過去に風しん抗体検査を受けた結果、感染予防に十分な免疫を保有してい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方は対象外です。
 また、(2)については、妊娠希望者及び妊婦が、検査で風しんの感染予防に十分な免疫を保有していることが、判明している場合は対象となりません。

※次の掲げる抗体価未満は予防接種が推奨されます。

方法	抗体価	方法	抗体価
E I A 法（デンカ生研）	E I A 価 8.0	EIA法 (CLEIA法・ベックマンコールター社)	EIA価(CLEIA価) 45IU/mL
H I 法	32倍		

(平成 26 年 2 月 25 日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡「予防接種が推奨される風しん抗体価について」を)

※福岡市が実施している予防接種費用の助成対象者は、下記のとおりです。
 該当する場合は、医療機関にご相談ください。

【助成対象者】
 予防接種時に福岡市に住民票があり、次の各号のいずれかに該当する者で、風しんの抗体価が低い者とする。(ただし、予防接種法施行令第1条の3に規定する風しんの対象者を除く。)
 (1) 妊娠希望者（妊婦は除く。）
 (2) 妊娠希望者及び妊婦の
 ①配偶者（パートナーを含む。）
 ②同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など。）
 (妊娠希望者及び妊婦が、風しん抗体検査で抗体価が低いことが確認されている場合又は風しん抗体検査未実施の場合に限る。)

【実施医療機関 署名欄】

医療機関名：
 住 所：
 電 話 番 号：
 医師名： _____

【風しん抗体検査結果】 ※検査方法でEIA法(CLEIA法)が追加されました。
 検査年月日： 年 月 日 EIA法(CLEIA法)

検査方法	E I A 法 ・ H I 法 (○をつけてください)
抗体価	(数値を記入してください)

EIA法(CLEIA法)の判定基準となります。(3枚目のみ)

追加記載

検査方法 EIA法(CLEIA法)に○を付けてください。(1~3枚目 複写になっておりますので1枚目に○をつけください。)