

剣淵町から風しん抗体検査・予防接種についてのお知らせ

風しんの追加的対策は、令和4年3月で終了予定でしたが、3年間延長されることになりました。これに伴い、抗体検査未受検者等の対象の方に、新しいクーポン券を発行します。このクーポン券を使用することで、風しんの抗体検査、予防接種を無料で受けることができます。

- *このお知らせは、令和4年4月15日現在、剣淵町に住民票がある対象者に送付しています。
- *クーポン券は**抗体検査の受検日、予防接種の接種日時時点で住民票のある市町村が発行したものの**みが有効です。このクーポン券を使用する前に転出をされた場合は、転出先の市町村で新たに発行してもらってください。
- *剣淵町に転入する前にすでに同様のクーポン券を使用した方は、対象となりません。

抗体検査

【持参するもの】

クーポン券、本人確認書類（保険証、運転免許証など）

【検査実施場所（町内）】

①剣淵町立診療所

月～金 8:30～17:00 事前にご予約（☎34-2030）ください。

②集団健診

ふれあい健診 令和4年6月13日（月）～17日（金） ※時間帯はお問合せください。

総合健診 令和4年11月28日（月）～30日（水）

※事前にご予約（剣淵町健康福祉課保健グループ ☎34-3955）ください。

【検査実施場所（町外）】

- 全国の医療機関で検査を受けることができます。詳しくは、厚生労働省のホームページをご確認ください。
- 職場の定期健診や人間ドック等でも検査を受けることができます。事前の申し込みが必要な場合がありますので、勤務先や健診機関等にお問合せください。

*過去の風しんの抗体検査の結果記録、風しんに罹患した診断記録のある方は個別にお問合せください。記録がない場合は抗体検査の対象になります。

予防接種

【持参するもの】

クーポン券、返却された抗体検査受診票、本人確認書類（保険証、運転免許証など）

※抗体検査の結果が「抗体なし」の方のみが対象になります。

「抗体あり」の方は予防接種を受ける必要はありません。（裏面もご参照ください）

【予防接種実施医療機関】

- 剣淵町立診療所 ☎34-2030

ワクチン（麻しん風しん混合ワクチン）を準備する都合から、1週間前までにお申込みください。

- その他の医療機関は、厚生労働省ホームページをご確認ください。

この制度に関すること、検査や予防接種を受けられる全国の受託医療機関等については、厚生労働省ホームページでご確認ください。

風しんの追加的対策

検索



お問合せ先：剣淵町健康福祉課保健グループ

電話 0165-34-3955

*抗体検査時に「風しんの抗体検査受診票」に記入をします。受診票は結果が記載され、お手元に戻ってきます。郵送、受診時に対面でなど実施機関により方法は異なります。検査結果も受診先により文章等の違いがあると思いますので、下記を参考にしてください。

風しんの抗体検査受診票

※左枠内をご記入ください。
 ※本受診票は、昭和37(1962)年4月2日から昭和54(1979)年4月1日までの間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	北海道 上川郡剣淵市 区 村
	見本
氏名	男・女
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	いいえ	はい	
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生後から今までに風しんワクチン又は麻疹・風しん混合(MR)ワクチン又は麻疹・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
 下記に該当する場合、口に入力してください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。

口 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書 (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)

この受診票(抗体検査の結果を含む)は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。(署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。)

年 月 日 被検査者自署

(※自署できない者は代署者が署名し、代署者氏名及び被検査者との続柄を記載)

医師記入欄	対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は(あり・なし・不明または記録なし)と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の(対象・非対象)と判断した。
	対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は(あり・なし・不明または記録なし)と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 1回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日(年 月 日) 2回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日(年 月 日) 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。
医師署名又は記名押印	

風しんの抗体検査の結果(※裏面の付表2を参照)	判定結果(いずれかに○)	実施場所・医師名・検査年月日	
検査方法: HI 法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所	医療機関等コード
抗体価	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名	0 1 2 0 7 0 0 0 4 2
単位: 倍、IU/mL、その他()		検査年月日	年 月 日
検査番号(※裏面の付表1を参照)			(西暦)
1 2 3 4 5 6			

「風しんの第5期の定期接種**対象**」に印がある場合

風しんへの抵抗力がなく、風しんにかかるリスクがあります。抗体検査受診票と残っているクーポンを持参して、**医療機関で予防接種を受けてください。**

「風しんの第5期の定期接種**非対象**」に印がある場合

風しんへの抵抗力があります。**予防接種の必要はありません。**残りのクーポンは破棄して構いません。