

令和6年3月19日

大阪府内医師会（政令市等除く※）御中

※除く自治体は、堺市、東大阪市、
高槻市、豊中市、枚方市、八尾市、寝屋川市

大阪府医師会
（公印省略）

令和6年度大阪府先天性風しん症候群対策に係る抗体検査事業にかかる
関係機関への周知について（協力依頼）

平素は、本会事業の推進に対しまして、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記事業につきましては、引き続き今年度も実施します。委託料単価は、前年度より変更はありませんが、令和6年度から対象者が拡大する運びとなりました。

具体的には、これまでの対象者（下記1～3）に、4（妊娠を希望する女性の同居者）と5（妊婦の同居者）が加わることとなります。対象要件の拡大に伴い、取り扱い機関の受託範囲を把握するため、「協力意向確認書」のご提出をお願いいたしたくご連絡申し上げます。

「協力意向確認書」につきましては、今月末を目途に、関係資料（手引き類）と併せて大阪府から取扱医療機関に直送されます。

貴会におかれましてはご了知いただき、取扱医療機関へご周知をお願い申し上げます。

<追記>

貴会におかれましては、各取扱医療機関より「協力意向確認書」をお取りまとめいただき、本年4月26日(金)までに、本会地域医療1課へご返送賜りますようお願い申し上げます。

記

●委託料単価（消費税込み）

	①HI法、LTI法	②EIA法、ELFA法、 CLEIA法、FIA法、CLIA法
検査料金	6,028円	7,425円

●対象者

1 大阪府風しん抗体検査事業の対象者【令和6年4月1日以降の対象者】

政令市・中核市（吹田市を除く）にお住まいの方で、以下のいずれかに該当する方

- (1) 妊娠を希望する女性
- (2) 妊娠を希望する女性の配偶者※
- (3) 妊婦の配偶者※
- (4) 妊娠を希望する女性の同居者
- (5) 妊婦の同居者※

※昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性は対象外

※配偶者については婚姻関係を問わない。

※同居者については妊娠を希望する女性もしくは妊婦と同じ住所の方が対象。

（ただし、妊婦の同居者については生活空間を同一にする頻度が高い方（例：里帰り先の家族）も対象。）

・大阪府連絡先：大阪府健康医療部感染症対策企画課（06-4397-3267）



・手引き等掲載先（大阪府医師会ホームページ・文書ライブラリ）

<https://www.osaka.med.or.jp/documents/index?id=713&word=>

大阪府医師会地域医療1課
TEL:06-6763-7012

感企第 3186 号

令和 6 年 3 月 18 日

一般社団法人 大阪府医師会長 様

大阪府健康医療部保健医療室長

令和 6 年度大阪府風しん抗体検査事業にかかる
関係機関への周知について（協力依頼）

平素は、本府の健康医療行政にご協力を賜り御礼申し上げます。

さて、令和 6 年度における先天性風しん症候群対策に係る抗体検査事業の実施にあたり、本府から申込書・個人票等を協力医療機関及び地域医師会へ送付予定となっておりますが、取り急ぎ下記事項について関係機関への周知の程よろしくお願い申し上げます。

なお、令和 6 年度より対象者を変更しておりますので、ご留意いただきますとともに、「協力意向確認書」のご提出にご協力よろしくお願い致します。

記

<郵送予定資料>

- 大阪府風しん抗体検査事業に係る「手引き」
- 大阪府風しん抗体検査申込書・個人票（2冊）
- 協力意向確認書

（郵送予定時期）令和 6 年 3 月中

1 大阪府風しん抗体検査事業の対象者【**令和 6 年 4 月 1 日以降**の対象者】

政令市・中核市（吹田市を除く）にお住いの方で、以下のいずれかに該当する方

- （1）妊娠を希望する女性
- （2）妊娠を希望する女性の配偶者※
- （3）妊婦の配偶者※

（4）妊娠を希望する女性の同居者

（5）妊婦の同居者※

※昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日までの間に生まれた男性は対象外

※配偶者については婚姻関係を問わない。

※同居者については妊娠を希望する女性もしくは妊婦と同じ住所の方が対象。

（ただし、妊婦の同居者については生活空間を同一にする頻度が高い方（例：里帰り先の家族）も対象。）

2 「協力意向確認書」の提出について

今後も「大阪府風しん抗体検査事業」にご協力いただける場合は、抗体検査を実施する対象者の変更の有無に関わらず「協力意向確認書」をご提出いただきますようご案内をお願いいたします。

変更がない場合もご提出お願いいたします。

(先天性風しん症候群対策・妊娠を希望される方々等対象)

【様式2】

大阪府風しん抗体検査事業

(新規・変更)

年 月 日

協力意向確認書

【回答者】	①医療機関コード	
	②医療機関名	
	③郵便番号	
	④所在地	
	⑤電話番号(要市外局番)	
	⑥代表者役職・氏名	印
	⑦記入担当者名	

(協力意向回答) 当院は、下記対象者に対する大阪府風しん抗体検査事業への協力について、以下の通り回答します。

記 (A:妊娠を希望する女性、B:妊娠を希望する女性の配偶者、C:妊婦の配偶者、D:Aの同居者、E:妊婦の同居者)

A	B	C	D	E

(※協力いただける対象者すべてに「○」をつけてください。)

(振込口座) *御協力いただける医療機関のみご記入ください

振込先銀行	()銀行 ()支店 銀行コード() 支店コード()
預金種別(普通・当座)	普通 当座
口座名義(カナ)	
口座名義(漢字)	
口座番号	

大阪府医師会受付印	地区医師会受付印

【受検日が令和6年4月1日以降の請求様式です。】

大阪府風しん抗体検査実施件数報告書
<先天性風しん症候群対策・妊娠を希望される方々等対象>

年 月 日

大阪府知事 様

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

医療機関名

電話番号

代表者氏名

印

大阪府風しん抗体検査事業に係る実施件数について、下記のとおり報告します。

記

報告対象期間	年 月 分			
		検査方法	件 数	金 額
検査実施件数	①	HI法、LTI法 6,028円 (10%税込)	件	円
	②	EIA法、ELFA 法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法 7,425円 (10%税込)	件	円
			件	円

※「大阪府風しん抗体検査申込書・個人票」②検査料請求・結果報告用を添付し、大阪府医師会までご提出ください。

大阪府風しん抗体検査事業

(新規・変更)

年 月 日

協力意向確認書

【回答者】

①医療機関コード	
②医療機関名	
③郵便番号	
④所在地	
⑤電話番号（要市外局番）	
⑥代表者役職・氏名	印
⑦記入担当者名	

(協力意向回答) 当院は、下記対象者に対する大阪府風しん抗体検査事業への協力について、以下の通り回答します。

記 (A:妊娠を希望する女性、B:妊娠を希望する女性の配偶者、C:妊婦の配偶者、D:Aの同居者、E:妊婦の同居者)

A	B	C	D	E

(※協力いただける対象者すべてに「○」をつけてください。)

(振込口座) *御協力いただける医療機関のみご記入ください

振込先銀行	()銀行 ()支店 銀行コード() 支店コード()
預金種別 (普通・当座)	普通 当座
口座名義 (カナ)	
口座名義 (漢字)	
口座番号	

大阪府医師会受付印	地区医師会受付印