

佐賀県風しん抗体検査事業【留意事項】

1 対象者について

(対象者)

- ①県内に住所を有する女性で妊娠を希望する者
 - 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
- ただし、下記の者を除く。
- ・過去に風しん抗体検査を受けたことがある者
 - ・明らかに1回でも風しんの予防接種歴がある者若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者
 - ・現在、妊娠中の者
 - ・風しん抗体検査問診票の同意が得られない者
 - ・未就学児

2 受付印及び自署欄の確認について

- ・対象者は、①風しん抗体検査問診票、②風しん抗体検査結果通知書を持参されます。
「①風しん抗体検査問診票」に、市町の受付印及び自署欄に氏名が記載されているかご確認
ください。

【問診票一部抜粋】(問診票中段、四角囲み内の下部)

以上のことを了解した上で、風しん抗体検査を希望します。

(自署してください) 氏 名 _____

(未成年者は保護者が自署してください) 氏 名 _____

市町受付印

〇〇〇

3 問診票について

- ・受検者が持参された「風しん抗体検査問診票」の枠外に設けた表内に、受検者の検査結果判明日、検査結果、検査結果送付日を記載し、実施報告書と合わせて国保連合会に提出してください。

4 風しん抗体検査費用について

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