

札幌市風しん抗体検査 ハンドブック

本ハンドブックは、札幌市が実施する風しん抗体検査の詳細について記載しております。

実施機関の皆様は、事業の開始前に必ず最後まで一読いただきますようお願いいたします。

令和 7 年 3 月

札幌市保健所

目 次

第1章 札幌市風しん抗体検査の内容

1 目的	1
2 検査対象者	1
3 検査方式	1
4 検査対象者の自己負担	1
5 検査項目	1

第2章 札幌市風しん抗体検査の実施

1 検査対象者の確認について	2
2 検査の実施	3
3 検査の結果について	3

第3章 札幌市風しん抗体検査委託料の請求

1 札幌市風しん抗体検査の委託料の請求	4
2 委託料請求の際に提出する書類	4
3 提出期限及び提出先	4
4 委託料の支払い	4
5 実施医療機関に変更があった場合の届出	4

(参考)

<記入例>	5
<札幌市風しん抗体検査助成対象者確認票>	8
<札幌市風しん抗体検査関係書類 注文票>	9

第1章 札幌市風しん抗体検査の内容

1 目的

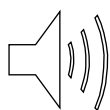
先天性風しん症候群の予防のため効果的かつ効率的な予防接種へとつなげるため、札幌市風しん抗体検査事業を行います。

2 検査対象者（参考：P2 第2章 1「検査対象者の確認について」、P8「札幌市風しん抗体検査助成対象者確認票」）

検査日に、札幌市に住民登録のある方、かつ以下の条件のどちらかに当てはまる方

- ① 妊娠を予定又は希望している女性
- ② 妊婦*の夫（パートナーを含む）

※妊婦が、抗体検査で抗体価が低い（HI 法で 16 倍以下または EIA 法で 8.0 未満）ことが確認されている場合または抗体検査未実施の場合に限ります。



①・②に該当していても、以下の一つでも当てはまる場合は**対象外**となりますので、ご注意ください。

- ・風しんの抗体を十分に保有していることが判明している方
- ・風しんの予防接種を受けている方
- ・風しんの罹患歴がある方

3 検査方式

医療機関における個別方式とします。

4 検査対象者の自己負担

自己負担はありません。

5 検査項目

- (1) 問診
- (2) 風しん抗体検査（HI 法または EIA 法）

第2章 札幌市風しん抗体検査の実施

1 検査対象者の確認について

本人確認書類（健康保険証、運転免許証等）の提示を求めるなどの方法により、札幌市に住民登録のある者であることを確認してください。また、所定の問診票により問診を行い、風しんの予防接種歴や罹患歴等について聴取してください。

男性受検者については、妊婦の母子健康手帳により検査対象者であることを確認してください。なお、男性受検者のみ、母子健康手帳の表紙の写しを、問診票に添付してください。

【問診による確認事項（共通）】

- ① これまでに風しん抗体検査を受けていない。
- ② これまでに風しんの予防接種を接種していない。
- ③ これまでに風しんに罹患したことがない。

【妊娠を予定または希望している女性への確認事項】

- 現在妊娠を予定又は希望している（問診により確認）。

【妊婦のパートナー】

- ① 妊婦のパートナーであること。

母子健康手帳の表紙「保護者の氏名」欄により確認（**写しを問診票に添付すること**）。

※「保護者の氏名」欄に記載がない場合は、追記を依頼してください。

- ② 妊婦（妻）の風しん抗体価が低いこと、もしくは抗体検査未実施であること。

母子健康手帳「検査の記録（札幌市母子健康手帳 P10）」により確認

- ① 母子健康手帳 表紙「保護者の氏名」

令和6年度版
(2024年度版)

札幌市
母子健康手帳
(親子手帳)

令和 年 月 日 交付 交付番号

保護者の氏名: _____

子(第 子)
生年月日: 令和 年 月 日 性別: _____

- ② 母子健康手帳 P10「検査の記録」

妊 婦 検査の記録		
感染症検査や子宮頸がん検診の結果に関して、気になる点や追加検査・治療が必要かについて、医師に相談しましょう。		
検査項目	検査年月日	備 考
血液型	年 月 日	ABO 型 Rh
不規則抗体	年 月 日	
子宮頸がん検診	年 月 日	
梅毒血清反応	年 月 日	
HBs抗原	年 月 日	
HCV抗体	年 月 日	
HIV抗体	年 月 日	
風しんウイルス抗体	年 月 日	
HTLV-1抗体	年 月 日	
クラミジア抗原	年 月 日	
B群溶血性連鎖球菌	年 月 日	
	年 月 日	

2 検査の実施

(1) 問診の実施

検査の実施にあたっては、所定の問診票により問診を行い、前項「1 検査対象者の確認について」のとおり、確認をお願いいたします。

また、事前にリーフレットを用いて風しん抗体検査についての説明及び風しんの予防啓発を行うなど、検査の実施について受検者本人の同意を得てください。

問診票による風しん抗体検査受検の希望の確認にあたっては、本人の自著を原則としますが、本人が自著できないやむを得ない事情がある場合は、本人に代わって付添人又は看護師等が代筆できます。

※問診票やリーフレットの発注は P9 の注文票を使用してください。

(2) 風しん抗体検査の実施

検査はH I 法またはE I A法のどちらかを選択し、実施してください。委託料は検査方法により異なります。委託料については別途通知にてお知らせいたします。

3 検査の結果及び結果の記入について

(1) 問診票について

問診票は、1 枚目「札幌市提出用」、2 枚目「医療機関控」、3 枚目「札幌市風しん抗体検査判定結果票（受検者用）」の3枚1組です。

(2) 検査結果の基準

検査結果は、①H I 検査において16 倍以下の方、②E I A検査において抗体価が8.0 未満の方を、「抗体価が低い方」とみなします。

(3) 判定結果の記入

検査結果は、1 枚目「札幌市提出用」の下部、＜判定結果＞欄に記入をお願いします。2 枚目、3 枚目は複写されます。

また、検査の結果、抗体価が低いと判明した方については、＜判定結果＞欄の「予防接種を【実施した・実施していない】」欄についても記入をお願いいたします。

(4) 検査結果の記入（3 枚目「札幌市風しん抗体検査判定結果票（受検者用）」のみ）

問診票の3 枚目「札幌市風しん抗体検査判定結果票（受検者用）」の中段＜検査結果＞欄に、記入をお願いします。

(5) 結果の通知

受検者への結果については、3 枚目「札幌市風しん抗体検査判定結果票（受検者用）」により、速やかに通知してください。

通知の方法は、来院か郵送のうち、受検者の希望に応じて行うものとします。

第3章 札幌市風しん抗体検査委託料の請求

1 風しん抗体検査の委託料の請求

札幌市風しん抗体検査の対象者に対し、検査を実施した場合は、実施月ごとに以下の委託料を札幌市に請求してください。委託料金は別途、札幌市からの通知によりお知らせいたします。

2 委託料請求の際に提出する書類

実施月ごとに以下の書類を取りまとめ、札幌市に提出してください。

種類	記載例
様式1 「札幌市風しん抗体検査請求書（札幌市提出用）」 ※札幌市風しん抗体検査請求書の複写1枚目	P5
様式2 「札幌市風しん抗体検査問診票（札幌市提出用）」 ※札幌市風しん抗体検査問診票の複写1枚目	P6
【男性の場合のみ】母子健康手帳の表紙の写（例：P2） ※表紙に保護者氏名が記載されていない場合は追記の上、コピーをとってください。	

※請求書や問診票の発注はP9の注文票を使用してください。

3 提出期限及び提出先

(1) 提出期限 実施月の翌月10日まで

(2) 提出先

【提出先】 〒060-0042
札幌市中央区大通西19丁目
札幌市保健所感染症総合対策課

4 委託料の支払い

接種委託料の支払は、報告書等の提出のあった月の翌月末日までに、指定口座にお振込みいたします。ただし、問診票のチェック等に時間を要することから、医療機関への支払も期日をすぎる場合もありますので、何卒ご了承ください。

※ 提出書類に不備がないか等を必ず再度チェックした上で提出してください。

5 実施医療機関に変更があった場合の届出

実施医療機関の名称・住所等に変更があった場合は、保健所感染症総合対策課（TEL 622-5199）までご連絡をお願いいたします。

札幌市風しん抗体検査請求書【記載例】

捨印

(あて先) 札幌市長

下記のとおり請求します。

記載漏れ注意

令和 年 月 日

記載漏れ注意

記

令和 年 月分内訳

検査法	件数	単価	金額
H I 法	件	****円	円
E I A法	件	****円	円

¥マーク

記載漏れ注意

合計※
請求金額※

百万

千

¥

捨印修正不可！

金額の誤り、書き損じがあれば請求書を書き直してください。

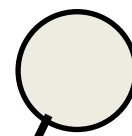
※ 金額の前に¥を記入してください。

※ 捨印や訂正印があっても合計請求金額の訂正はできません。

郵便番号
住所
医療機関名
氏名
電話番号

ゴム印を使用する場合は、つぶれ、にじみ等により医療機関名・請求者が読めなければ修正してください。

請求印※



※ 請求印にシャチハタは使用できません。

※ 請求印が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。

鮮明に押印してください。

かすみ、つぶれ、欠け、にじみ等により不鮮明であれば、先に押した横などにもう一度押してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

記載漏れ注意

預金種目

口座番号

銀行
信金
信組本店
支店
出張所1. 普通
2. 当座

1	1	1	1	1	1	1	1

※ 「本店営業部」の場合は本店に○をつけるだけでかまいません。

札幌市風しん抗体検査問診票 [記載例]

※太枠内をご記入ください

受検年月日	令和 年 月 日	(医療機関)
氏名	(フリガナ) サッポロ ハナコ 札幌花子様	所在地 札幌市中央区北 1 条西 2 丁目〇-〇 名称 医療法人社団 札幌保健病院 氏名 理事長 北海 道郎
性別	1.男 2.女	
年齢	1 2 3 4 明・大・昭・平 2 年 4 月 1 日生 34 歳	
住所	札幌市中央区大通西 19 丁目〇-〇 TEL 090-〇〇〇-〇〇〇	

<問診>

※「ある」の場合は対象外です。

これまで風しんに感染したことがありますか。	ある・ない・わからない
これまで風しんの予防接種を受けたことがありますか。	ある・ない・わからない
これまで風しん抗体検査を受けたことがありますか。	ある・ない・わからない
【女性の方へ質問です】 妊娠を予定または希望していますか。	はい・いいえ
【男性の方へ質問です】あなたの配偶者(パートナー)は現在妊娠中ですか。	はい・いいえ
【男性の方へ質問です】あなたの配偶者(パートナー)は風しんの抗体価が低い(HI 法で 16 倍以下、EIA 法で 8.0 未満に該当する)ことが確認されていますか。	はい・いいえ・抗体検査を受けたことがない

※「いいえ」の場合は対象外です。

風しん抗体検査の目的等について理解したうえで、札幌市が実施する風しん抗体検査を希望しますか。

希望する 希望しない

令和 年 月 日 氏名(自署) _____

該当する検査の()内に、結果の数値を記入する。

予防接種の実施の有無について記入する。

<判定結果>※医療機関記入欄

(1) HI 法 (16 倍)

(2) EIA 法 ()

→風しん抗体価が低い方は、予防接種を 【実施した ・ 実施していない】

※HI 法で 16 倍以下、EIA 法で 8.0 未満の場合は抗体価が低いとみなします。

(受検者用)

札幌市風しん抗体検査判定結果票【記載例】

受検年月日	令和 年 月 日	(医療機関)
氏名	(フリガナ)	所在地
	様	名称
	1.男 2.女	氏名
住所	1 2 3 4 明・大・昭・平 年 月 日生 歳	
	札幌市 区	TEL _____

記入をお願いします

<検査結果> ※医療機関記入欄

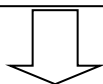
風しん抗体検査の結果、あなたは、

① 風しんの感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられます。
(HI 法で 16 倍以下、EIA 法で 8.0 未満)

② 風しんの感染予防に十分な抗体を持っていると考えられます。

下記の<判定結果>の見た方

HI 法で 16 倍以下 または
EIA 法で 8.0 未満の方



風しんの感染予防に十分な抗体がなく、風しんに罹患する可能性があります。風しんを予防するために風しんワクチンの接種をご検討ください。

【風しんの予防接種を受ける場合の注意事項】

- ・妊娠中は予防接種が受けられません。
- ・女性の場合、接種後 2 か月は避妊が必要です。

<判定結果>

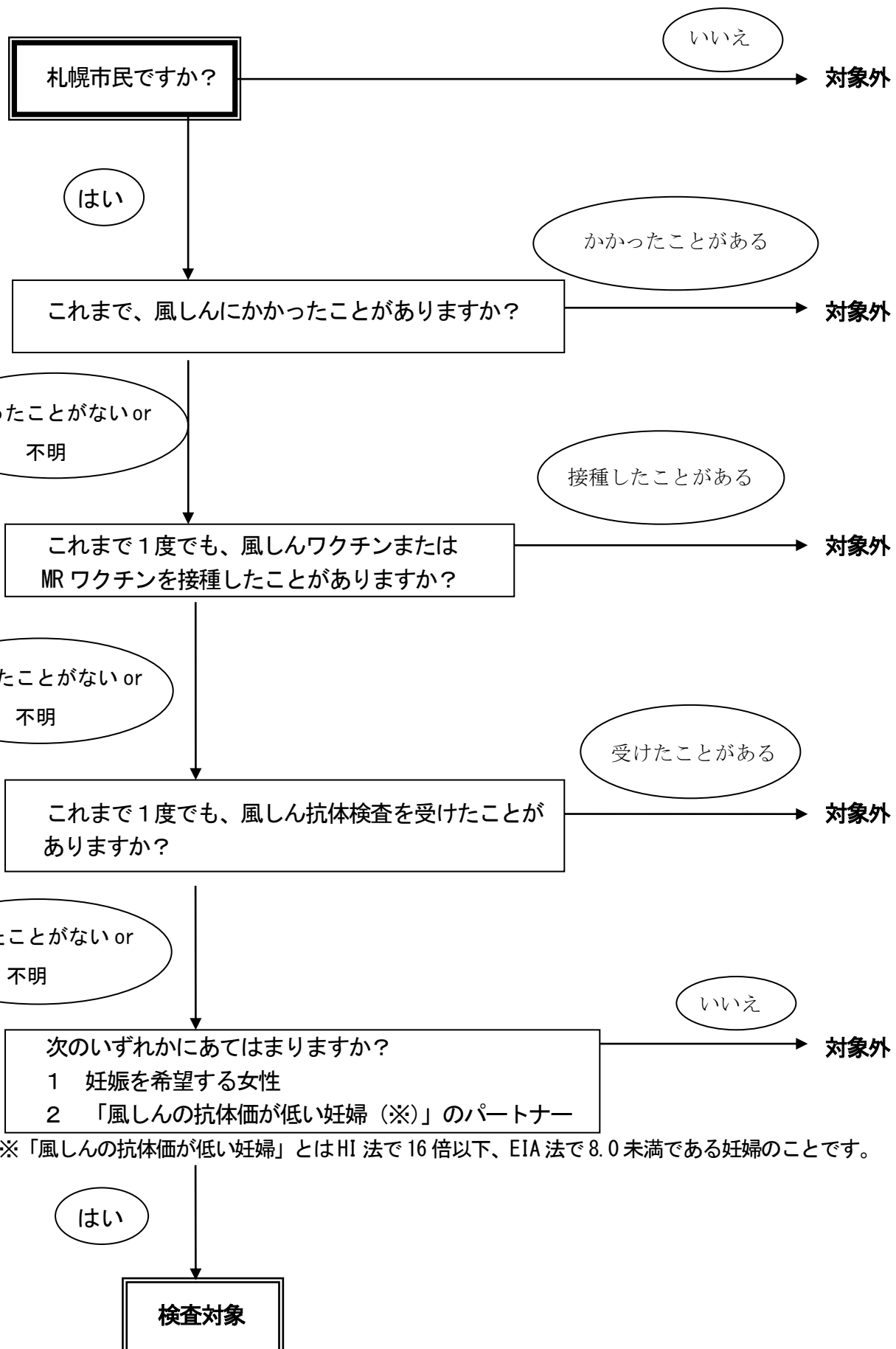
- (1) HI 法 ()
(2) EIA 法 ()

→風しん抗体価が低い方は、予防接種を【実施した ・ 実施していない】

※HI 法で 16 倍以下、EIA 法で 8.0 未満の場合は抗体価が低いとみなします

1 枚目の複写になります

札幌市札幌市風しん抗体検査 助成対象者確認票



札幌市風しん抗体検査関係書類 注文票

札幌市保健所感染症総合対策課 行き

FAX 011-622-5168

医療機関名			
住所	〒 区		
電話番号及びご担当者名	() ご担当者 ()		
— ご 注 文 内 容 —			
風しん抗体検査 請求書 ※請求書は1回に1冊まで	冊 (1冊20組綴り)		
風しん抗体検査 問診票	冊 (1冊20組綴り)		
リーフレット	冊 (1冊20組綴り)		

感染症総合対策課処理欄（記入しないでください）

受 付	月 日	扱者
発 送	月 日 AM PM	
備 考		

※ ご注文頂いてから、お届けするまで、1週間程度お時間をいただく場合がございますので、日数に余裕をもってご注文頂きますようお願いいたします。