

令和6年度茨城県風しん抗体検査事業の流れについて

(検査の申込)

- 1 検査希望者は、茨城県のホームページ(風しん抗体検査事業について)に掲載される協力医療機関の一覧を確認し、希望の協力医療機関に電話等で申込み(予約)を行います。
- 2 協力医療機関は申込み(予約)の際、口頭で対象者であるか確認し、検査日を伝えます。



県ホームページの医療機関一覧を確認し、希望の医療機関へ予約の連絡をする。



口頭で対象者であるか確認を行う。
検査希望者に検査日を伝える。

(検査)

- 1 協力医療機関は、検査実施時に改めて対象者であるか確認します。
- 2 協力医療機関及び検査希望者は、様式1~3の風しん抗体検査申込票及び結果通知書を記入します。
- 3 協力医療機関は検査希望者に対し、原則HI法による抗体検査を実施します。

健康保険証や母子健康手帳等を持参し、
来院する。



検査申込票、結果通知書の
必要部分を記載する。



対象者であるか確認を行う。



HI法による検査を実施する。

(検査結果の通知)

協力医療機関は、検査結果を様式1～3の風しん抗体検査申込票及び結果通知書に記入し、受検者に通知()します。

郵送による通知も可能です。ただし、検査結果について質問があった場合、適宜説明を行ってください。

令和6年3月分の検査結果は必ず令和7年3月31日までに通知してください。

検査結果を通知する。(郵送でも可能)
(令和7年3月31日まで)



結果について、質問があれば問い合わせる。



必要に応じて、予防接種を申し込む。

(実績報告及び費用請求)

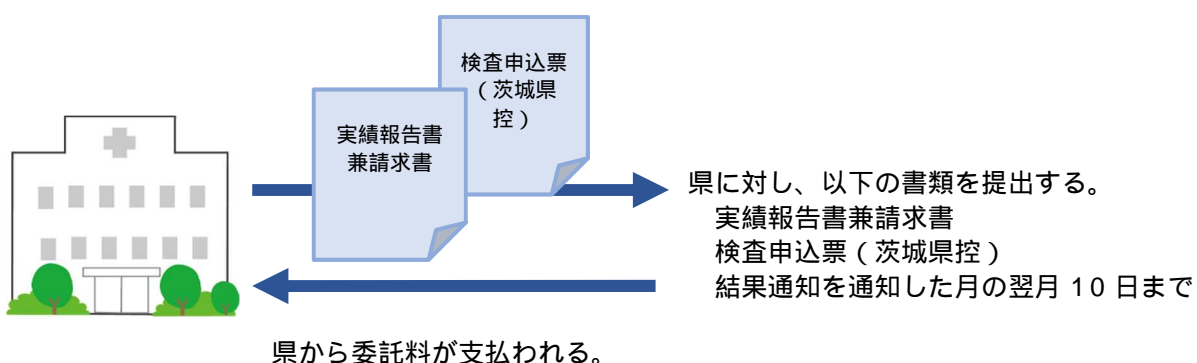
協力医療機関は、検査結果を通知した月の翌月10日までに県へ以下を提出してください。

<提出書類> 様式4「風しん抗体検査実施報告書兼請求書」
様式3「風しん抗体検査申込票(茨城県控)」

<提出先> 〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978番6

茨城県保健医療部疾病対策課 予防グループ 風しん抗体検査担当

本事業の検査結果は、必ず令和7年3月31日までに検査結果を通知してください。
令和7年3月31日を超えて検査結果を通知するものは、本事業の対象外となりますので、ご注意ください。



(支払い)

茨城県は、請求書等を確認し、不備がなければ請求書受理後、30日以内に協力医療機関に対して委託料を支払います。