

先生各位

新規検査項目のご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。また、平素はひとかたならぬお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび新たに下記項目の受託を開始することになりましたのでご案内申し上げます。
今後とも変わらぬご愛顧のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

《受託開始日》 平成31年4月22日(月) 受付分より

《検査要項》

検査項目名称	風疹/CLEIA クーボン	風疹/FIA クーボン
検査コード	0086 (依頼・判定用) / 0088 (IU/mL)	0135 (依頼・判定用) / 0136 (AI)
JLAC10	(0086) 5F395-1431-023-052-11 (0088) 5F395-1431-023-052-01	(0135) 5F395-1431-023-043-11 (0136) 5F395-1431-023-043-01
検体量	血清 0.4	血清 0.4mL
保存・容器	冷蔵・A1→A2	冷蔵・A1→A2
所要日数	2～5日	4～8日
検査方法	CLEIA法	FIA (蛍光免疫測定) 法
基準値	(クーポンワクチン接種基準) 20IU/mL未満 (－)	(クーポンワクチン接種基準) AI* : 1.5未満 (－)
最小報告値	10 IU/mL未満	0.2未満
最大報告値	500 IU/mL以上	8.1以上
報告形態	IgG判定：(－)、(＋)	IgG判定：(－)、(＋)
測定キット名	アクセス ルベラIgG	Bio Plex MMRV IgG
販売元	バックマン・コールター株式会社	バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社
検査項目名称	風疹/Hi クーボン	風疹/EIA クーボン
検査コード	0083	0145 (依頼・判定用) / 0149 (EIA価)
JLAC10	5F395-1430-023-111-05	(0145) 5F395-1431-023-023-11 (0149) 5F395-1431-023-023-01
検体量	血清 0.2mL	血清 0.4mL
保存・容器	冷蔵・A1→A2	冷蔵・A1→A2
所要日数	3～11日	4～13日
検査方法	Hi法	EIA法
基準値	(クーポンワクチン接種基準) 8倍以下	(クーポンワクチン接種基準) EIA価：6.0未満 (－)
最小報告値	8倍以下	0.1
最大報告値	2048倍以上	128.0以上
報告形態	－	IgG判定：(－)、(＋)
測定キット名	風疹ウイルス抗体キット R-Hi「生研」	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG
販売元	デンカ生研株式会社	デンカ生研株式会社

*AI : Antibody Index

《 解 説 》

厚労省より、今年から2022年3月までの約3年間、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を対象に、風疹の抗体検査を原則無料（クーポン配布）で実施し、抗体価がワクチンの接種基準に満たない方については、予防接種を実施する旨の「風しんに関する追加的対策」が通知されました。

このことを受け、弊社におきましても今回の通知に対する抗体検査を新設し受託致します。

《依頼書について》

「風疹ウイルス抗体 クーポン専用依頼書」につきましては、現在準備中です。使用可能になるまでの間、暫定的に添付の専用依頼書をご使用ください。「医院様控①」と「営業控②」の2部構成です。

風疹ウイルス抗体 クーポン専用依頼書

医療機関名	病院・医院 様		受付日	年	月	日
	担当医	先生	顧客コード			
受診者	氏名 (加付記入)		検体番号	-		
	生年月日	昭和	年	月	日	※左欄の太枠内をボールペンでご記入下さい。

	項目コード	検査項目	基準値 (単位等)	測定キット名 (製造販売元)	所要日数
<input type="checkbox"/>	0086	風疹 (CLEIA法) クーポン	20未満 (国際単位 (IU)/mL)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)	2~5
<input type="checkbox"/>	0135	風疹 (FIA法) クーポン	1.5未満 (抗体価AI)	BioPlex MMR IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)	4~8
<input type="checkbox"/>	0145	風疹 (EIA法) クーポン	6.0未満 (EIA価)	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	4~13
<input type="checkbox"/>	0083	風疹 (※HI法) クーポン	8倍以下 (希釈倍率)	風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	3~11

※HI法につきましては、試薬原料となる動物血球の供給量に限度があるため、ワクチン接種の要否を判断する本検査には、CLEIA法を優先していただきたくお願い申し上げます。

厚生労働省による「風しんの追加的対策」のクーポン専用の検査依頼書です。
本項目は、2019年2月1日に改正された「定期接種実施要領」に記載のある指定試薬を用いて検査を実施致しますので、クーポンで検査を依頼される場合は必ず本依頼書を使用下さい。
また、基準値には定期接種の対象となる抗体価基準を表記しております。

風疹ウイルス抗体 クーポン専用依頼書

医療機関名	病院・医院 様		受付日	年 月 日
	担当医	先生	顧客コード	
受診者	氏名 (加付記入)		検体番号	—
	生年月日	昭和 年 月 日	※左欄の太枠内をボールペンでご記入下さい。	

	項目コード	検査項目	基準値 (単位等)	測定キット名 (製造販売元)	所要日数
<input type="checkbox"/>	0086	風疹 (CLEIA法) クーポン	20未満 (国際単位 (IU)/mL)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)	2~5
<input type="checkbox"/>	0135	風疹 (FIA法) クーポン	1.5未満 (抗体価AI)	BioPlex MMR IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)	4~8
<input type="checkbox"/>	0145	風疹 (EIA法) クーポン	6.0未満 (EIA価)	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)	4~13
<input type="checkbox"/>	0083	風疹 (※HI法) クーポン	8倍以下 (希釈倍率)	風疹ウイルスHI試薬「生研」 (デンカ生研株式会社)	3~11

※HI法につきましては、試薬原料となる動物血球の供給量に限度があるため、ワクチン接種の要否を判断する本検査には、CLEIA法を優先していただきたくお願い申し上げます。

厚生労働省による「風しんの追加的対策」のクーポン専用の検査依頼書です。本項目は、2019年2月1日に改正された「定期接種実施要領」に記載のある指定試薬を用いて検査を実施致しますので、クーポンで検査を依頼される場合は必ず本依頼書を使用下さい。
また、基準値には定期接種の対象となる抗体価基準を表記しております。