

# 熊本県特定感染症検査事業実施要領

## 1 目的

HIV等の性感染症並びにB型・C型肝炎の感染を心配する人が、保健所において安心して、かつ、手軽に相談や検査を受けることができる体制を整備し、HIV等の感染予防及びまん延防止を図る。

## 2 事業の内容

保健所において、保健所長が必要と認めた者に対し無料・匿名で次の事業を行う。なお、相談・検査日時は、各保健所が定めるものとする。

- (1) HIV抗体検査及びエイズに関する相談事業
- (2) 性感染症に関する相談及び梅毒・性器クラミジア感染症の検査
- (3) ウイルス性肝炎(B型・C型肝炎)検査

## 3 検査に係る事務分担

- (1) HIV抗体検査の実施機関
  - ア 1次スクリーニング検査(IC法:以下「迅速検査」という。)  
実施機関は、各保健所とする。
  - イ 2次スクリーニング検査(PA法)及び確認検査(WB法、PCR法)  
実施機関は、保健環境科学研究所(以下「保環研」という。)とする。
- (2) 性感染症(梅毒、性器クラミジア感染症)及びウイルス性肝炎(B型・C型)検査の実施機関  
「健康危機管理課が契約した委託検査機関」に各保健所が依頼して実施する。

## 4 検査方法等

別記1のとおり

## 5 事業の流れフローチャート

別記2のとおり

## 6 事業の流れの詳細

- (1) 受付から採血まで
  - ア 電話等の問合せに対しては、検査は無料・匿名で受けられること及び受付日時や検査の概要等について説明するものとする。
  - イ 希望者が相談・検査のため来所した場合、速やかに個室等のプライバシーが十分確保できる場所に案内し、相談受付票(様式1)に記入してもらう。
  - ウ 検査申込みは、検査申込書(様式2)により行う。
  - エ 検査を行う前に、次の内容を説明する。

- (ア) 保健所で行うHIV抗体検査(迅速検査)は、約1～2時間後に検査結果が判明するが、判定保留(陰性以外)の場合は、保環研での二次スクリーニング検査(必要に応じて確認検査)が必要となるため、概ね1週間後の結果通知になること。
- (イ) 梅毒・性器クラミジア感染症の検査、B型・C型肝炎ウイルス検査は、概ね1週間後の結果通知になること。
- (ウ) 未成年者を確実に早期治療につなげるため、未成年者に対しては、検査結果が陽性の場合、十分なカウンセリングを通じて、保護者同席による通知を行うことについて説明し、本人の同意を得るものとする。(全ての検査)
  - ただし、同意が得られないことを理由に、検査は拒否しない。検査結果が陽性の場合、十分なカウンセリングにより早期治療への誘導に努める。

## (2) 検査手順等

### ア 採血量

- (ア) HIV抗体検査用: 3～4ml
- (イ) 性感染症検査及びウイルス性肝炎検査用: 4～5ml
- (ウ) HCV核酸増幅検査用: 3～4ml
  - 1 採血量は必要に応じ増減があるものとする。
  - 2 (イ)及び(ウ)の採血量は、各保健所が依頼した委託検査機関の必要な量を確認しておく。

### イ 血液の処理

採血した血液を室温で10分程度放置して凝固したことを確認後、遠心分離機で3000回転10分遠心し、血清を分離する。

ただし、上記ア - (イ)(ウ)の血液の処理は、各保健所が依頼した委託検査機関に遠心分離の要否を確認する。

### ウ 検査の実施

#### (ア) HIV抗体検査(迅速検査)の場合

採血後、直ちに検査担当職員(原則、臨床検査技師。ただし、やむを得ない場合は、保健所長の指示で臨床検査技師以外が実施。)が血液の処理を行い、HIV迅速検査記録簿(様式3)により検査を実施し、速やかにその結果を相談担当職員に伝える。

(迅速検査で同時にHIV抗原検査が行える場合、結果の取り扱いは、様式3に準ずる)

なお、保環研での2次スクリーニング検査等が必要となる場合を想定し、適正に検体(上記ア - (ア))を保管する。

検査の結果、判定保留(陰性以外)の場合は、速やかに保環研に連絡し、検体を搬送する(様式4 - 1)。

保環研は、依頼保健所から検体の搬入があった場合は、随時、2次スクリーニング検査を行う。結果が判定保留(陰性以外)の場合は、さらに確認検査を実施し、その結果を依頼保健所へ通知する。(様式4 - 2)

(イ) 性感染症及びウイルス性肝炎検査の場合

採血し、血液の処理後、委託検査機関へ連絡し、検体(上記ア - (イ)(ウ))の検査を依頼する(様式5 - 1)。委託検査機関は、概ね1週間以内に依頼保健所に結果を通知する(様式5 - 2)。

保健所は、検査結果を確認し、委託検査機関に委託料を支払う。なお、依頼用紙、報告用紙については、委託検査機関使用様式に代えることができる。

エ 相談担当職員は、保健所長へ結果を報告し、必要な指示を受ける。

(3) 採血等の注意

ア 採血、検査業務に従事する者は、感染防止のために細心の注意を払い、ディスポ手袋、予防衣の着用や針刺し事故等の防止に努めるものとする。

特に、使用済みの針は、絶対にリキャップせず、専用の容器に捨てること。

なお、万一事故が発生した場合には、「熊本県針刺し切創・皮膚粘膜曝露後の抗HIV薬服用マニュアル」及び「熊本県針刺し切創・皮膚粘膜曝露後のHIV感染防止体制整備事業実施要綱」に基づき適切に対応する。

イ 万一手指等が血液により汚染された場合は、石けんを用いて流水で十分に水洗いする。

ウ 血液で汚染した物品は感染性廃棄物として適正に処理する。

## 7 検査依頼者への通知

(1) 結果の通知方法

ア 検査結果の通知は、原則保健所長が面接(口頭)により行う。

ただし、HIV抗体確認検査の結果が陽性、判定保留の場合を除き、保健所長が指名した者が行うことができる。

また、性感染症(梅毒、性器クラミジア)及び肝炎ウイルス検査において、検査結果が陰性で、来所が困難な場合に限り、本人からの電話に対し通知できるものとする。

イ 検査結果の通知は、本人が持参した控票の突合等により、検査依頼者本人であることを確認したうえで行う。

ウ 検査結果の通知は、個室等プライバシーが十分保てる場所で行うものとする。

エ 未成年者については、全ての検査において検査結果が陽性の場合、本人同意の上、保護者同席による通知を原則とする。

(ア) HIV抗体検査では、二次スクリーニングの結果通知の際に保護者同席となる。

(イ) 性感染症(梅毒、性器クラミジア)及び肝炎ウイルス検査では、本人への告知後、あらかじめ保護者同席の上、カウンセリングを行うこととなる。

オ 検査結果については、原則文書の発行は行わない。ただし、本人が実名を持って希望する場合については、免許証等身分を証明するもので本人であることを確認のうえ、検査依頼者本人の依頼書(様式6)提出により、保健所長は手数料を徴収し、検査結果証明書(様式7)を発行することができるものとする。(検査結果のコピー渡しは不可、検査結果の書

き写しは可能とする。)

特定感染症検査事業における検査結果通知の取扱い早見表(資料1)参照

(2) HIV抗体検査の1次スクリーニング検査結果が「判定保留(陰性以外)」の者への対応

ア 検査結果が判定保留(陰性以外)の場合は、検査結果の意味、保環研での2次スクリーニング検査(必要に応じ確認検査)が必要なこと、結果判明まで概ね1週間要することを説明し、指定日に結果を聞きに来ることの意思を確認する。

また、「判定保留(陰性以外)」の意味を十分説明し、保環研での再検査(二次スクリーニング、必要に応じ確認検査)による結果が判明するまでは、パートナー等への感染予防に留意することなど必要な指導を行う。

なお、指定日に検査結果を聞きに来ない場合を想定し、本人同意の上、連絡先を確認する。

イ 検査結果が判明するまでの間に不安が生じた場合の電話等による相談体制について説明する。

ウ 保環研での再検査(二次スクリーニング、必要に応じ確認検査)が原則であるが、結果判明に概ね1週間要するため、直接、熊本大学医学部附属病院へ受診する方法(治療費は発生する)も選択肢としてあることを説明する。

(3) HIV抗体の確認検査結果が「陽性」、「判定保留」の者への対応

ア 検査結果が「陽性」又は「判定保留」の場合は、検査結果の意味を理解しているか確認しながら、十分なカウンセリングを行うとともにエイズ治療拠点病院等(熊本大学医学部附属病院)への受診を勧める。なお、必要に応じて医師(所長)による紹介状を発行する(様式9)。熊本大学医学部附属病院は紹介状が必要。

イ 「陽性」、「判定保留」者の受診指導にあたっては、エイズ治療拠点病院と打合せをし、確実な受診につながるよう、受診への支援を行う。

本人と協議のうえ、必要に応じ、連絡先の確認や病院までの同行等を検討する。

連絡先: 国立行政法人 熊本大学医学部附属病院

月、水、金: 8:30 ~ 15:00

「感染免疫診療部外来」 TEL 096 - 373 - 7132

担当: 感染免疫診療部看護師 高木 様

上記以外(緊急時)

「血液内科医局」 TEL 096 - 373 - 7071

## 8 報告

保健所長は、毎月のエイズ相談、HIV抗体検査件数及びび性感染症、ウイルス性肝炎の相談、

検査件数を特定感染症検査等事業実施報告書(様式8)により、翌月の6日(必着)までに健康危機管理課に報告するものとする。

## 9 その他

- (1) 本事業に従事する職員は、エイズ及び性感染症等に関する正しい知識を持ち、かつ個人のプライバシー等人権の保護を重視して業務に従事するものとする。
- (2) 保健所においては、検査を希望する者ができるだけ多く検査できるように配慮すること。また、無料検査、検査場所及び検査の申し込み方法等具体的な情報を常に広報するよう努めるものとする。
- (3) 本事業にかかる事務については、受診者のプライバシー等人権の保護の観点から、個人に関して知り得た情報については、その秘密保持に最大の配慮を払うことが必要であり、特に検査関係書類等に際しては、細心の注意をもって整理保管する。

## 附 則

- 1 この要領は、平成17年4月1日から施行する。
- 2 「熊本県HIV抗体検査実施要領」(平成5年9月1日制定)は平成17年3月31日を持って廃止する。
- 3 この要領は、平成18年7月10日から施行する。
- 4 この要領は、平成20年4月1日から施行する。
- 5 この要領は、平成23年4月1日から施行する。
- 6 この要領は、平成23年10月1日から施行する。
- 7 この要領は、平成25年4月1日から施行する。
- 8 この要領は、平成29年3月3日から施行する。

## 各検査項目の検査方法及び結果について

### 1. HIV抗体検査

検査項目	検査方法	検査結果
1次スクリーニング検査	IC法	陰性・判定保留
2次スクリーニング検査	PA法	陰性・判定保留
確認検査	WB法・PCR法	陰性・判定保留・陽性

・1次、2次スクリーニングにおける陰性以外の「陽性」、「疑陽性」を「判定保留」とする。  
・確認検査において、PCR法(抗原検査)のみ陽性の場合、WB法(抗体検査)による判定保留と同じ扱いとする。

### 2. 性感染症検査

検査項目	検査方法	検査結果
梅毒抗体	RPR法又はガラス板法	陰性・陽性
	TPHA法	陰性・陽性
クラミジア抗体	IgG	検査値参照
	IgA	

梅毒検査はRPR法又はガラス板法のいずれか一つとTPHA法を行う

(検査値)

数値	判定
0.90未満	(-)
0.90~1.09	(±)
1.10以上	(+)

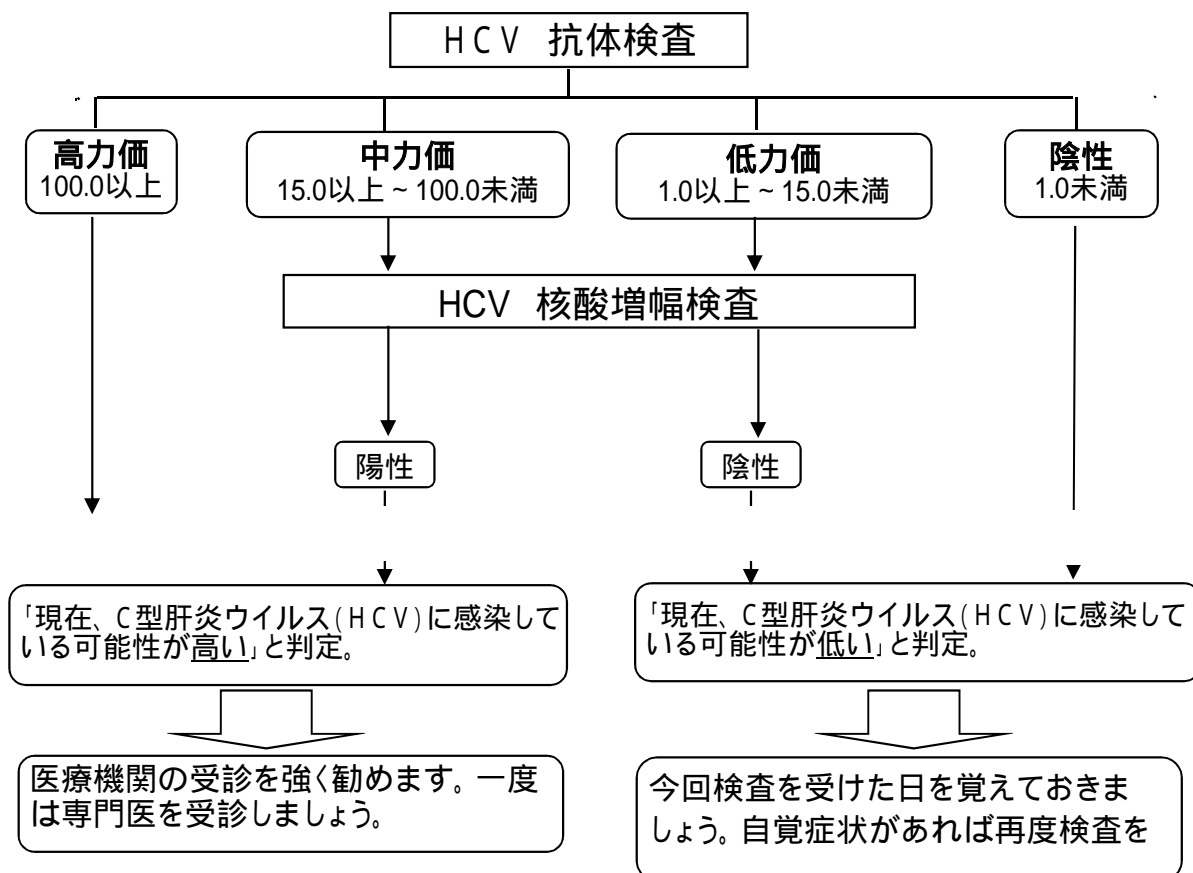
### 3. ウイルス性肝炎検査

#### 1) HBs抗原

検査結果	陰性・陽性
------	-------

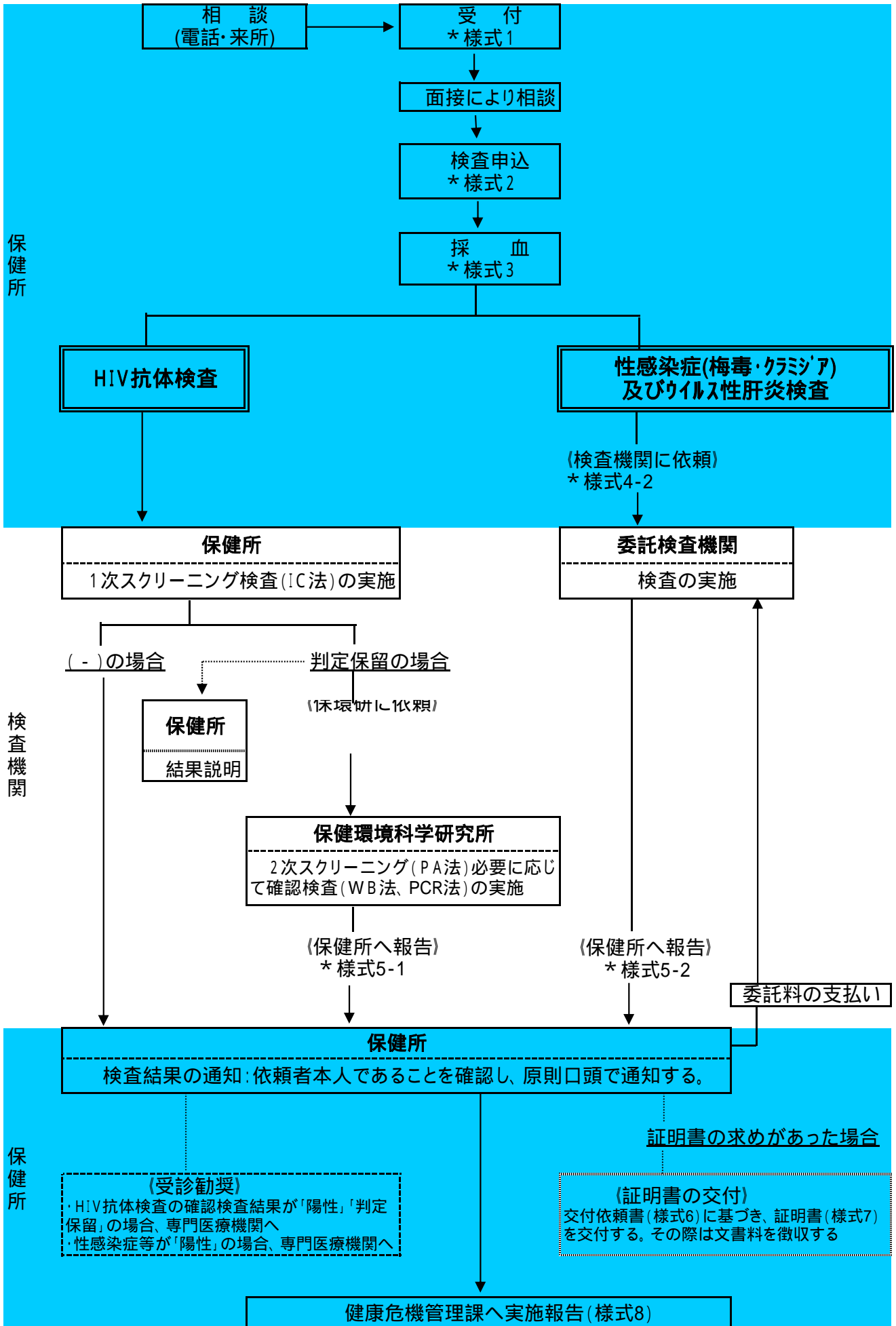
陰性と判定された場合も、検査日と検査結果を記録に残しておきましょう。

#### 2) HCV抗体



# 5 事業の流れフローチャート

(別記2)



特定感染症検査等事業における検査結果告知の取扱い早見表

資料 1

	HIV抗体検査		性感染症(梅毒、性器クラミジア)検査		肝炎ウイルス検査		HTLV-1抗体検査	
	陰性	陽性又は判定保留	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性又は判定保留
告知者	保健所長又は保健所長が指名した者	保健所長	保健所長又は保健所長が指名した者		保健所長又は保健所長が指名した者		保健所長又は保健所長が指名した者	保健所長
告知相手	本人							
未成年	本人	本人 原則、保護義務者同席	本人	本人 原則、保護義務者同席	本人	本人 原則、保護義務者同席	本人	本人 原則、保護義務者同席
告知方法	面接		面接 来所が困難な場合、 本人からの電話に対し 告知可能	面接	面接 来所が困難な場合、 本人からの電話に対し 告知可能	面接	面接	
結果判明後、 来所しない者 への対応	連絡しない。 ただし、一次スクリーニングで判定保留(陽性、擬陽性)となった場合のみ、本人同意により連絡先を確認する。(電話にて来所を促す。)		連絡しない。( )		連絡しない。( )		連絡しない。( )	
検査証明書の発行	<p>本人が実名で希望する場合、証明書を発行する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>申請書：本人の実名、受付番号を記載し申請する。</li> <li>証明書：実名、受付番号を記載し発行する。</li> </ul>							

二次スクリーニングの結果告知の際に保護義務者同席となる。

本人への告知後、あらためて保護義務者同席の上、カウンセリングを行うことになる。

匿名検査が本人の自発的な意志によってのみ行われ、来所による告知という原則に立ち、本人の連絡先は確認しない。



( 様式 1 )

## 相 談 受 付 票

平成 年 月 日

本日の御相談の内容について御記入ください。

1 心配している事はなんですか？ をつけてください。(複数回答可)

異性間性的接触 輸血 同性間性的接触 静脈注射・薬物 その他

2 検査希望の有無 有 無

有の場合は、「検査申込書」に御記入ください。

3 相談希望の有無 有 無

有の場合は、相談したい内容を4に御記入ください。

4 相談内容

5 その他

今後の相談窓口対応の向上に役立てたいと思いますので、御意見等をお願いします。

( 1 ) あなたの年齢・性別を教えてください。

【年齢】 10代未満 10代 20代 30代  
40代 50代 60代 70代以上

【性別】 女 ・ 男

( 2 ) 保健所での相談や検査について、どのような方法で知りになりましたか？

インターネット 新聞 雑誌 パンフレット  
友人 職場 学校 その他 ( )

( 3 ) その他、お気づきの点がありましたら御記入ください。

受付番号：

(様式2)

(保健所控)

平成 年 月 日

## 検査申込書

1 太線枠内に記入してください。

この検査は匿名で受けることができます。「欄」内は、仮の名前あるいは番号でも結構です。

	男	年齢
	女	歳代

受付番号

2 希望する検査に をつけてください。

<input type="checkbox"/>	HIV抗体検査
<input type="checkbox"/>	性感染症検査(梅毒・性器クラミジア感染症)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎(B型)検査
<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎(C型)検査

検査結果は 年 月 日 時 分にお知らせしますので、検査申込書(控)をご持参のうえ、必ず来所してください。

-----  
<キ リ ト リ>

(申込者控票)

## 検査申込書(控)

平成 年 月 日

	男	年齢
	女	歳代

受付番号

検査結果は 年 月 日 時 分にお知らせしますので、検査申込書(控)をご持参のうえ、必ず来所してください。

都合により、上記日時に来所できない方は、必ず御連絡ください。

連絡先：熊本県 保健所(担当： )

Tel

(様式3)

## H I V 迅速検査記録簿

1 検体・試薬

検体番号		受付番号	
受付年月日	年 月 日	検査年月日	年 月 日
ダイスクリーン・ HIV Combo	使用期限 年 月 日	Lot :	
		貯蔵方法：1～30 保存（冷蔵庫保存）	

2 検査上の注意

- ・ HIV 1/2 抗体検出用シートの期限を確認すること。また、左上には使用期限が表示されているので、必ず右端から使用すること。
- ・ アルミシール除去後のシートは直ちに使用すること。
- ・ 検体は慎重に取り扱い、コンタミネーションに注意すること。
- ・ 測定は 20 ～ 30 で行うこと。（検査 10～20 分前に冷蔵庫から出しておく）
- ・ ディスポのゴム手袋を着用すること。また、使用後のチップやシートは感染性のあるものとして廃棄すること。

分離	<p>冷蔵庫から HIV 1/2 抗体検出用シートを取り出す。 血液を遠心分離機（3000rpm, 10分）で血清分離する。</p>																												
検査 手順 チェック  ↓	<p>HIV 1/2 抗体検出用シートの使用期限は確認している。 HIV 1/2 抗体検出用シートの<u>右端から必要テスト数をミシン目から切り離す。</u> HIV 1/2 抗体検出用シートへ申込書番号を記入する。 シート上面のアルミシールをはがす。 採血管番号とシート番号が一致している。 マイクロピペットの目盛は 50μl である。 マイクロピペットで血清 50μl をシート滴下部位へ滴下する。 タイマーを 20 分に設定しスタートさせる。（判定は 40 分以内） 滴下時の時刻                      時      分</p>																												
判定	<p>判定時刻：      時      分 コントロールラインの出現が確認できる。（コントロールラインの出現が確認できない場合、無効とする。） 判定結果：陽性    ・    陰性    ・    無効</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: none;">判定</td> <td style="border: none;">陽性</td> <td style="border: none;">陰性</td> <td style="border: none;">無効</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">C1C</td> <td style="border: none;">C1C</td> <td style="border: none;">C1C</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">コントロール 判定窓</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">抗原判定窓</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">抗体判定窓</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">AGTAG</td> <td style="border: none;">AGTAG</td> <td style="border: none;">AGTAG</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">ABTAB</td> <td style="border: none;">ABTAB</td> <td style="border: none;">ABTAB</td> </tr> </table> </div> <p>判定結果のダブルチェックを行う。 検査者（                      ） 検査確認者（                      ）</p>	判定	陽性	陰性	無効		C1C	C1C	C1C	コントロール 判定窓				抗原判定窓				抗体判定窓					AGTAG	AGTAG	AGTAG		ABTAB	ABTAB	ABTAB
判定	陽性	陰性	無効																										
	C1C	C1C	C1C																										
コントロール 判定窓																													
抗原判定窓																													
抗体判定窓																													
	AGTAG	AGTAG	AGTAG																										
	ABTAB	ABTAB	ABTAB																										

(様式 4 - 1)

(検査機関控)

平成 第 年 月 日  
号

保健環境科学研究所長 様

保健所長

## H I V 抗体検査依頼書

このことについて、下記の検体について、2次スクリーニング検査(必要に応じて確認検査)を実施していただきますようお願いいたします。

記

番号	採血年月日	性別	年齢	受付番号
	H 年 月 日	男・女	歳代	
	H 年 月 日	男・女	歳代	
	H 年 月 日	男・女	歳代	
	H 年 月 日	男・女	歳代	
	H 年 月 日	男・女	歳代	

(様式4 - 2)

(保健所控)

## 試験検査成績書

保環研第 号

目的 :				
検体受付年月日 :				
検体依頼者 :				
検査結果				
受付番号 (保環研)	受付番号 (保健所)	採血年月日	性別	年代
○2次スクリーニング			○確認検査	
検査日			検査日	
検査方法	PA法		検査方法	WB法、PCR法
結果			結果	HIV-1 HIV-2
備考				

平成 年 月 日

保健環境科学研究所長

(様式 5 - 1)

( 検査機関控 )

平成 第 年 月 日

委託検査機関長 様

保健所長

### 特定感染症検査等事業における検査依頼

このことについて、下記のとおり検査を実施していただきますようお願いいたします。  
記

番号	採血 年月日	性 別	年齢	依頼検査項目 ( をつける )					
				梅毒検査			性器クラ ミア	HBs抗原 検査	HCV抗体 検査
				RPR法	ガラス板法	TPHA法			
	年 月 日	男 ・ 女	歳代						
	年 月 日	男 ・ 女	歳代						
	年 月 日	男 ・ 女	歳代						
	年 月 日	男 ・ 女	歳代						
	年 月 日	男 ・ 女	歳代						

梅毒の「RPR法」または「ガラス板法」についてはいずれか一つとする。

(様式5 - 2)

(保健所控)

平成 年 月 日

保健所長 様

委託検査機関長

### 特定感染症検査等事業における検査結果について

平成 年 月 日付け第 号で依頼のありましたこのことについて、  
下記のとおり報告します。

記

番号	採血 年月日	性別	年齢 歳代	検査結果						
				梅毒検査			性器クミ ジヤ	HBs抗 原検査	HCV抗 体検査	検査 年月日
				RPR法	ガラス板法	TPHA法				
	年月日	男・女	歳代							年月日
	年月日	男・女	歳代							年月日
	年月日	男・女	歳代							年月日
	年月日	男・女	歳代							年月日
	年月日	男・女	歳代							年月日

( 様式 6 )

平成 年 月 日

### 特定感染症検査等事業に関する検査証明書交付依頼書

\_\_\_\_\_保健所長 様

下記の検査結果について証明書の交付を依頼します。

#### 記

太線枠内のみ記入してください。

氏 名	受付番号 ( )
住 所	
生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日
性 別	男 ・ 女
検 査 項 目 希望する項目に をつけてくださ い。	( ) HIV抗体検査 ( ) 梅毒検査 ( ) 性器クラミジア感染症検査 ( ) B型肝炎検査 ( ) C型肝炎検査
検 体 番 号	
備 考	本人確認の方法 【免許証、保険証、社員証、学生証、その他 ( )】



(様式7)


## 検査証明書

氏名： \_\_\_\_\_ 受付番号( \_\_\_\_\_ )  
住所： \_\_\_\_\_  
生年月日： \_\_\_\_\_  
性別： \_\_\_\_\_

あなたの検査結果は次のとおりであることを証明します。

採血年月日	平成 年 月 日	
検体番号		
検査項目	検査方法	検査結果
H I V 抗体		
H I V 遺伝子		
梅毒抗体		
クラミジア抗体		
H B s 抗原		
H C V 抗体		
H C V 核酸増幅		

平成 年 月 日

熊本県 保健所長 

1 相談及び検査件数

年代			0-9歳	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	不明	合計		
検査	性別	内容	計	再掲	計	再掲	計	再掲	計	再掲	計	再掲	計	再掲
HIV	男	相談											0	0
		検査											0	0
	女	(陽性者)											( )	( )
		相談												0
性感染症	男	検査											0	0
		検査											0	0
	女	検査											0	0
		検査											0	0
ウイルス性肝炎	男	検査											0	0
		検査											0	0
	検査内訳	HBs抗原											0	0
		陽性者											0	0
HTLV-1	男	HCV抗体											0	0
		核酸増幅											0	0
	女	陽性者											0	0
		相談												0
検査	検査												0	0
	陽性者												( )	( )

「再掲 1」は夜間に実施した相談・検査の件数を再掲してください。

2 エイズ相談及びエイズ検査の内訳

(1) 相談内容

	1) 異性間性的接触	2) 輸血(輸液)受注	3) 同性間性的接触	4) 静脈注射等による薬物常用	5) その他	計
男						0
女						0
合計	0	0	0	0	0	0

(2) 検査実施状況

検査実施状況	実施状況
1次スクリーニング検査	保健所で実施 検査を依頼
2次スクリーニング検査	
確認検査	

(3) 検体搬送実績

搬送年月日	旅費額	搬送者名

3 その他連絡事項

(様式9)

保第○ 号  
平成 年 月 日

熊本大学医学部附属病院  
血液内科感染免疫診療部長 様

熊本県 保健所長

H I V抗体検査診療情報提供について

このことについて、下記の者によりH I V抗体検査の申し込みがあり、確認検査において陽性と判定されましたので御紹介します。

記

- 1 氏名：
- 2 住所：
- 3 生年月日：
- 4 性別：
- 5 備考：検査の詳細は別紙のとおり

保健所医師名 \_\_\_\_\_

お問い合わせ先

熊本県	保健所	保健予防課
TEL:	-	-
FAX:	-	-