

資料編

- 資料 1 コッホ現象事例報告書
- 資料 2 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票・
RS ウイルス感染症予防接種予診票（16 歳未満保護者同伴なし）
- 資料 3 予防接種の記録
- 資料 4 定期の予防接種における対象者の解釈
- 資料 5 予防接種後副反応疑い報告書
- 資料 6 予防接種後に発生した症状に関する報告書（保護者用）
- 資料 7 予防接種後健康被害救済制度について
- 資料 8 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例
措置対象者該当理由書
- 資料 9 予防接種実績報告書
- 資料 10 予診票記入例

コッホ現象事例報告書

都道府県 郡 市町村 保健所

氏名		生年月日	年 月 日	(男・女)
住所		保護者氏名		
接種時期： (または生後_____か月)		年 月 日	BCG ワクチンロット	
局所変化の状況・経過（初めて気付いた時期： 年 月 日）				
結核患者との接触状況				
精密検査 ※	ツ反： _____ (×) ×	判定 非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、 その他 ()		
	IGRA(実施の場合:QFT, T-Spot TB) 結果： 胸部エックス線検査所見	事後措置/転帰 終了（異常所見又は症状出現時受診） 経過観察（_____か月後） 潜在性結核感染症治療 結核治療（診断名：_____） 他医療機関紹介 その他 ()		
年 月 日				
医療機関名				
作成者医師（署名又は記名押印）				

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。このことを理解の上、本報告書が市町村及び都道府県（保健所）に報告されることに同意します。

保護者自署_____

ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

小学校6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様(満16歳以上を除く)の保護者の方へ：必ずお読みください。

これまで、お子様の予防接種は、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上16歳未満への HPV 感染症の予防接種については、この予診票に署名することによって、保護者が同伴しなくても予防接種を受けることができるようになりました。

ただし、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合に限り、当日はこの用紙を必ず持参させてください。

疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や市町村の予防接種担当課に確認しましょう。

1. HPV 感染症の症状について

HPV は皮膚や粘膜に感染するウイルスで、200 以上の遺伝子型に分類されています。これらのうち、主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微小な傷から、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスです。女性の多くが、生涯で一度は感染するといわれています。感染しても、ほとんどの人ではウイルスが自然に消えますが、一部の人でがんになってしまうことがあります。

粘膜に感染する HPV のうち、子宮頸がんを起こしやすい 15 種類は「高リスク型 HPV」と呼ばれます。高リスク型 HPV の中でも 16 型、18 型とよばれる 2 種類は特に頻度が高いことがわかっています。

HPV が発生に関わっているがん(推定)

がんの種類	HPV が発生に関わっている割合
子宮頸がん	約 70%
肛門がん	少なくとも 90%
膣がん・外陰部がん・陰茎がん	少なくとも 40%

その他、高リスク型に属さない種類のもは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因となることがわかっています。

2. 予防接種の効果と副反応について

9 価ワクチンには、9 種類の HPV の成分が含まれます。予防接種を受けた人はこれらに対する免疫を獲得することができ、子宮頸がんの原因の 80～90%を防ぐことができます。

ただし、予防接種により、副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。

< HPV ワクチンの主な副反応 >

主な副反応は、発熱や、局所反応(痛み、赤み、腫れ)です。

また、注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後 30 分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状(ショック症状、じんましん、呼吸困難など)、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)等が報告されています。

※ 詳しくは、市町村のホームページや情報提供のリーフレットなどもご確認ください。

3. 予防接種による健康被害救済制度について

定期予防接種によって起こった副反応により、医療機関での治療が必要になる、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によるものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※ 給付申請の必要がある時は、診察した医師、市町村の予防接種担当課へご相談ください。

4. 接種に当たっての注意事項

予防接種は、体調の良い日に行うことが原則です。

また、以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱（通常 37.5℃以上）がある場合
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③ 受ける予定の予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

妊娠している場合は、接種することに注意が必要です。医師とよくご相談ください。

上記の内容をよく読み、接種させることを決定し、当日保護者が接種に同伴しないときは、下記の保護者自署欄に署名してください。

※13歳～16歳未満が1人で予防接種を受ける場合は、必ずこの用紙を提出させるようにしてください。

HPV 感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住所

緊急連絡の
電話番号

この用紙は、16歳未満の方がRSウイルス母子免疫ワクチンを接種する際に保護者が同伴しない場合に、予診票とともに提出が必要な様式です。下記をよく読み、御確認ください。

RSウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている妊娠 28 週～37 週未満のお子様(満 16 歳以上の者を除く。)をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子さまの予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13 歳以上 16 歳未満の方へのRSウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子さまに予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、都城市又は三股町の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 RSウイルス感染症の症状について

RSウイルスは特に小児や高齢者に呼吸器症状を引き起こすウイルスで、1歳までに50%以上が、2歳までにほぼ100%の乳幼児が、少なくとも1度は感染するとされています。感染すると、2～8日の潜伏期間ののち、発熱、鼻汁、咳などの症状が数日続き、一部では気管支炎や肺炎などの下気道症状が出現します。初めて感染した乳幼児の約7割は軽症で数日のうちに軽快しますが、約3割では咳が悪化し、喘鳴(ゼーゼーと呼吸しにくくなること)や呼吸困難、さらに細気管支炎の症状が出るなど重症化することがあります。2010年代には、生後24か月未満の乳幼児における年間のRSウイルス感染症発生数は12万人～18万人であり、3万人～5万人が入院を要したとされています。また、入院例の7%が何らかの人工換気が必要としたとする報告もあります。

RSウイルスの流行には季節性があり、新型コロナウイルスの流行以前は秋冬に流行が見られましたが、近年は夏に流行がみられています。接触・飛沫感染により伝播するため、手洗いや手指衛生といった基本的な感染対策が有効です。治療は症状に応じた治療(対症療法)が中心で、重症化した場合には酸素投与、点滴、呼吸管理などを行います。

2 予防接種の効果と副反応について

RSウイルス感染症定期接種には、母子免疫ワクチンを使用します。母子免疫ワクチンとは、妊婦が接種すると、母体内で作られた抗体が胎盤を通じて胎児に移行し、生まれた乳児が出生時から病原体に対する予防効果を得ることができるワクチンです。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

RSウイルス母子免疫ワクチンの安全性

主な副反応は、ワクチンを接種した部位の症状(疼痛、腫脹、紅斑)、頭痛、筋肉痛があります。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。頻度は不明ですが、ショック・アナフィラキシーがみられることがあります。

また、ワクチン接種による妊娠高血圧症候群の発症リスクに関して、薬事承認において用いられた臨床試験では、妊娠高血圧の発症リスクは増加しませんでした。海外における一部の報告では、妊娠高血圧症候群の発症リスクが増加したという報告もあるものの、交絡因子等の影響の可能性があることから解釈に注意が必要であるとされています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、都城市・三股町の予防接種担当課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行くことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子さまが以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱(通常 37.5℃以上をいいます)がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子さまに接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。**満 16 歳未満の者は、署名がなければ予防接種は受けられません**

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

RS ウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、こどもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____

※ 本様式は、RS ウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。満 16 歳未満のお子様は 1 人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

満 16 歳未満の者は、予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

予防接種の記録

【都城市・三股町】

予 防 接 種 個 人 台 帳

作成日

カナ氏名				宛名番号				世帯番号				
住所				生年月日				熱性けいれんにかかった日				
保護者				TEL				体質的理由				
B型肝炎	1回目	実施年月日	Lot.No	ボ リ オ	1回目	実施年月日	Lot.No	日 本 脳 炎	初回	実施年月日	Lot.No	
	2回目	実施年月日	Lot.No		2回目	実施年月日	Lot.No		1回目	実施年月日	Lot.No	
	3回目	実施年月日	Lot.No		3回目	実施年月日	Lot.No		2回目	実施年月日	Lot.No	
ロタウイルス	1回目	実施年月日	Lot.No	M R	追加	実施年月日	Lot.No	H P V	追加	実施年月日	Lot.No	
	2回目	実施年月日	Lot.No		BCG	実施年月日	Lot.No		2期	実施年月日	Lot.No	
	3回目	実施年月日	Lot.No		1回目	実施年月日	Lot.No		3期	実施年月日	Lot.No	
Hib	1回目	実施年月日	Lot.No	麻 し ん	2期	実施年月日	Lot.No	任 意 接 種	1回目	実施年月日	Lot.No	
	2回目	実施年月日	Lot.No		3期	実施年月日	Lot.No		インフルエンザ	1回目	実施年月日	Lot.No
	3回目	実施年月日	Lot.No		4期	実施年月日	Lot.No		インフルエンザ	2回目	実施年月日	Lot.No
小児肺炎球菌	追加	実施年月日	Lot.No	風 し ん	1期	実施年月日	Lot.No	おたふく	追加	実施年月日	Lot.No	
	1回目	実施年月日	Lot.No		2期	実施年月日	Lot.No		1回目	実施年月日	Lot.No	
	2回目	実施年月日	Lot.No		3期	実施年月日	Lot.No		2回目	実施年月日	Lot.No	
混合接種	1期初回	実施年月日	Lot.No	水 痘	1期	実施年月日	Lot.No		追加	実施年月日	Lot.No	
	1期1回目	実施年月日	Lot.No		2期	実施年月日	Lot.No		1回目	実施年月日	Lot.No	
	2回目	実施年月日	Lot.No		3期	実施年月日	Lot.No		2回目	実施年月日	Lot.No	
接種	3回目	実施年月日	Lot.No		4期	実施年月日	Lot.No		追加	実施年月日	Lot.No	
	追加	実施年月日	Lot.No		1回目	実施年月日	Lot.No		追加	実施年月日	Lot.No	
	2期	実施年月日	Lot.No		2回目	実施年月日	Lot.No		追加	実施年月日	Lot.No	

※予診のみの接種情報の場合、実施年月日の横に「*」を出力しています。
 ※ポリオの同一回数に対して生と不活化の接種履歴が存在する場合、不活化のデータを出力しています。
 ※HPVは回数ごとに、2価、4価、9価の優先順でデータを出力しています。
 ※ロタウイルスの同一回数に対して1価と5価の接種履歴が存在する場合、1価のデータを出力しています。

事務連絡
令和2年2月4日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

定期の予防接種における対象者の解釈について（事務連絡）

予防接種行政につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく予防接種の実施につきましては、その具体的な接種方法等について、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）及び予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）に規定されているところです。この度、ロタウイルス感染症の定期接種化に当たり、対象者の解釈につきまして、別添のとおり整理しましたので、今後の業務の参考にしていただくとともに、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を含む。）及び関係機関等に周知をお願いいたします。

定期の予防接種における対象者の解釈について

『●歳に達した時』の考え方

年齢は出生の日から起算され、期間はその末日の終了をもって満了するため、翌年の誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、令和3年3月31日（24時）に1歳に達したと考えます。

『●歳に達するまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に達するまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります。

*『達するまで』は、『至るまで』、『至った日まで』と同義であり、3月31日は含まれます。

『●歳以上』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳以上から接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日から接種可能』という意味になります。

*厳密には24時に1歳年をとるので、3月31日であっても0時から24時に至るまでは、1歳に達していませんが、真夜中の24時に接種を受けられることは通常想定されないため、日中でも接種を受けられるように配慮したものです。

『●歳未満』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳未満まで接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日まで接種可能』という意味になります。

*『●歳以上』の考え方では、被接種者の都合を考慮して、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯も含めて、3月31日の丸一日を接種可能日としました。

一方、『●歳未満』の考え方では、厳密に前日（24時）に1歳年をとると考えて、3月31日24時に至るまでは接種可能とするものです。

『●歳に至った日』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日』は、『令和3年3月31日』を指します（3月31日は含まれます。）。

『●歳に至った日の翌日』の考え方

誕生日の前日に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日の翌日』と言った場合、『令和3年4月1日』を指します。

『●歳に至るまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります（3月31日は含まれません。）。

『生後1月に至るまで』の考え方

単位が月になった場合、暦に合わせて翌月の同日の前日に、1月が経過したと考えます。したがって、令和2年4月1日生まれの人であれば、翌月の同日（5月1日）の前日（4月30日）に生後1月を迎えたと考えます。

なお、翌月に同日となる日が存在しない場合には、翌月の最後の日に1月経過したと考えます。例えば、令和2年1月31日生まれの人であれば、2月29日に生後1月を迎えたと考えます。

『●歳に至るまでの間』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまでの間』と言った場合、『令和3年3月31日になるまで』という意味になります。

*3月31日までは対象となりますが、4月1日は対象外となります。

『生後3月から生後6月に至るまでの間』の考え方

令和2年4月1日生まれの人であれば、7月1日の前日（6月30日）に生後3月を迎えたと考えます。同様に、生後6月であれば、10月1日の前日（9月30日）に生後6月を迎えたと考えます。

したがって、この場合、『生後3月から生後6月に至るまでの間』とは『6月30日から9月30日までの期間内』ということになります。

『出生●週●日後から』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日後から』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週後から』と言った場合、『令和2年4月8日から』という意味になります（4月8日は含まれます。）。

*『出生●週●日後から』は、『生後●週に至った日の翌日から』と同義であり、4月8日は含まれます。

『出生●週●日後まで』の考え方

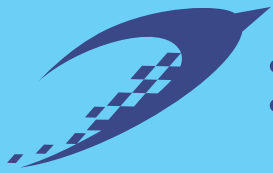
生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日まで』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週6日後まで』と言った場合、『令和2年4月14日まで』という意味になります（4月14日は含まれます。）。

*『出生●週●日後まで』は、『生後●週に至る日の翌日まで』と同義であり、4月14日は含まれます。

医薬関係者の皆さまへ

ご利用ください!



報告受付サイト

手書きしていた報告書を
オンラインで**すぐに入力! すぐに報告!**

副作用

不具合

感染症

副反応疑い

報告受付サイトとは?



医薬品



医療機器

再生医療等
製品医薬部外品
・化粧品

ワクチン



パソコンやタブレット端末から、PMDAの電子報告システム「報告受付サイト」を利用して、上記製品の副作用、不具合、副反応疑いなどの報告ができます!

医療の現場で起こった医薬品の副作用や医療機器の不具合などは、医薬関係者がPMDAに報告することになっています。



報告受付サイトの

特 色

業務の合間に少しずつ作業を進めたり、提出書類の確認ができるなど、報告書の作成から提出まで効率よく行えます。

報告書作成

一部選択肢から
入力可能作成中の報告書の
一時保存、再読み込みが
できる

保存

提出

メールで提出完了が
すぐわかる提出完了の
お知らせ

提出後

追加の報告・
類似報告作成コピー、編集機能を用いて報告書を
再作成できる

PMDA は、厚生労働省と連携して、
国民の健康・安全の向上に取り組んでいます。



報告受付サイト ご利用方法

1

新規登録、ログイン

PMDAホームページより「報告受付サイト」のページへアクセスし、ログイン画面の新規登録ボタンをクリックします。登録が完了したらログインしてください。

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>



報告受付サイト

2

報告一覧画面

報告一覧画面より、作成予定の報告書を選択します。

◀初回利用の場合

◀報告書登録済みの場合

3

報告書の入力

報告者や副作用等の情報を各画面にて入力します。

◀患者情報画面

▶調査票画面

4

報告書の提出

提出後、提出完了のお知らせメールが送信されます。



※実際の画面とは異なる場合があります

皆さまからの報告を起点に、厚生労働省、PMDA、製造販売業者など、医療にかかわる人たちが報告情報を活用することで、日本の医療を支えています。

皆さまからの報告がとても大切です！



報告受付サイト

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

報告受付サイト

検索



独立行政法人 医薬品医療機器総合機構
Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

<https://www.pmda.go.jp>

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又はイニシャル(姓・名)	フリガナ <small>(定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>	性別	1 男 2 女	接種時年齢
	住所	都道府県	区市町村	生年月日	T H S R 年 月 日生
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()			
	医療機関名			電話番号	
	住所				
接種場所	医療機関名				
	住所				
ワクチン	ワクチンの種類 <small>(②~④は、同時接種したものを記載)</small>		ロット番号	製造販売業者名	接種回数
	①				① 第 期(回目)
	②				② 第 期(回目)
	③				③ 第 期(回目)
	④				④ 第 期(回目)
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日	午前・午後 時 分	出生体重	グラム <small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>
	接種前の体温	度 分	家族歴		
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)				
	1 有 → 2 無				
症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 <small>急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。</small>			
	報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)				
	発生日時	平成・令和 年 月 日	午前・午後 時 分		
	本剤との因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因(他の疾患等)の可能性の有無	1 有 → 2 無	
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)				
	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無				
症状の程度	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ				
	1 重い →	5 入院 (病院名: 医師名: 平成・令和 年 月 日入院 / 平成・令和 年 月 日退院)			
6 上記1~5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常					
2 重くない					
症状の転帰	転帰日	平成・令和 年 月 日			
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明				
報告者意見					
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後				

(別紙様式1)

	対象疾病	症 状	発生までの 時 間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a～w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻疹 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 —	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 —	
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。) 7 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 — —	
	Hib感染症 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射(失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) 4 その他の反応	4時間 28日 — —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレー症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 —	
	ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレー症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎(これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

(別紙様式1)

<注意事項>

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
11. 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
12. 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うものとされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただくことなく結構です。
13. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - ・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。)についても必要に応じて報告を検討してください。
 - けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
 - また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
FAX番号:0120-176-146(各種ワクチン共通)

(別紙様式3)

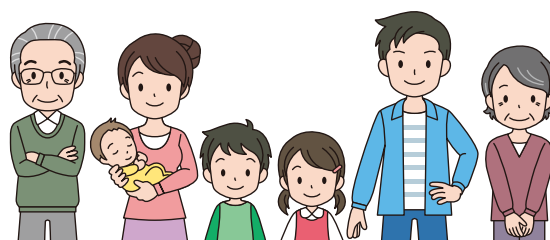
予防接種後に発生した症状に関する報告書 (保護者報告用)

患者 (予防接種を受けた者)	氏名		性別	1 男 2 女	接種時 年齢	歳	月		
	住所				生年月日	T H S R	年 月 日生		
	保護者氏名			電話番号					
予防接種を実施した者 (医師名等)	氏名								
	医療機関名				電話番号				
	住所								
今回報告する 症状を診断 した医師 (※)接種者と 異なる場合	氏名	1 主治医 2 その他 ()							
	医療機関名				電話番号				
	住所								
接種の状況	接種日	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時 分		
	接種した ワクチンの種類				ワクチンの ロット番号				
	同時接種した ワクチン				同時接種した ワクチンの ロット番号				
	予防接種前の問診時での留意点(アレルギー・基礎疾患・発育・最近1カ月以内のワクチン接種や病気等)								
	1 有	→							
2 無	}								
今回報告する 症状の概要	診断名								
	発生時刻	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時 分		
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)								
予 後	1 死亡 (剖検所見)							
	2 入院 (病院名:	入院日	.	.	.	退院日	.	.	.
	3 後遺症 ()							
	4 その他 ()							
回復状況	1 回復している 2 まだ回復していない 3 不明								

予防接種後健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が起こることがあります。

極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすことはできないことから、救済制度が設けられています。



**予防接種(定期接種、臨時接種)による健康被害が生じた場合には、
予防接種法に基づく救済が受けられます。**

予防接種を受けたときに住民票を登録していた市町村にご相談ください。

給付の種類

医療機関で医療を受けた場合

医療に要した費用(自己負担分)と医療を受けるために要した諸費用が支給されます(※1)。

医療費及び医療手当

障害が残ってしまった場合

障害児養育年金または障害年金
(18歳未満) (18歳以上)

亡くなられた場合

葬祭料、死亡一時金(※2)

高齢者のインフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの請求には請求期限があります。

(※1) 高齢者のインフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの場合は入院相当の場合に限ります。

(※2) 高齢者のインフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの場合は遺族一時金または遺族年金が支給されます。

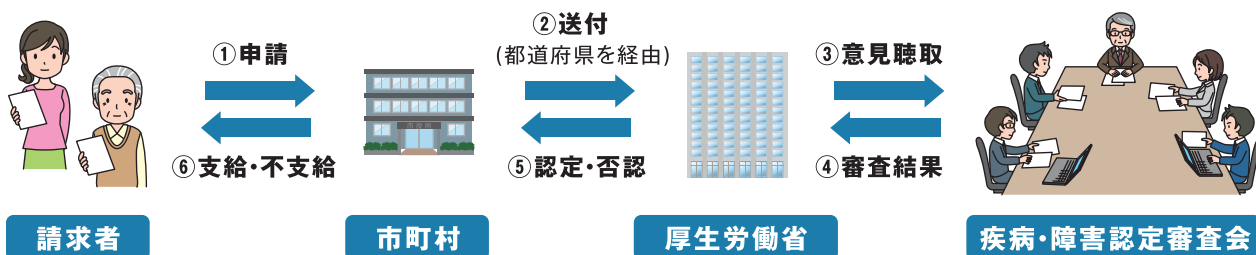
予防接種の副反応について

副反応には、ワクチンを接種した後に起こる発熱、接種部位の発赤・腫脹(はれ)などの比較的良好に見られる軽い副反応や、極めてまれに起こる脳炎や神経障害などの健康被害と考えられる副反応があります。

しかし、そのワクチンを接種した後に起こった症状は、ワクチンの接種が原因ではなく、偶然、ワクチンの接種と同時期にかかった感染症などが原因であることがあります。

予防接種健康被害救済制度ではワクチンの接種による健康被害であったかどうかを個別に審査し、ワクチンの接種による健康被害と認められた場合に給付をします。

給付の流れ



(※) 救済給付の決定に不服がある時は、都道府県知事に対し、審査請求をすることができます。

給付の決定

ご提出いただいた資料をもとに、市町村、厚生労働省が必要書類などの確認をします。その資料に基づいて、予防接種・感染症・法律などの外部の専門家により構成される疾病・障害認定審査会で、因果関係を判断する審査が行われます。

審査の結果を受け、予防接種を受けたときに住民票を登録していた市町村から支給できるかどうかをお知らせします。

請求方法と必要書類

健康被害救済給付の請求は、健康被害を受けたご本人やそのご家族の方が、予防接種を受けたときに住民票を登録していた市町村に行います。

請求には、予防接種を受ける前後のカルテなど、必要となる書類があります。必要な書類の種類は、申請内容や状況によって変わりますので、市町村にご相談ください。

請求に必要な書類	医療費 医療手当	障害児 養育年金	障害年金	死亡一時金 遺族年金 遺族一時金	葬祭料
請求書	●	●	●	●	●
受診証明書	●				
領収書等	●				
診断書		●	●		
死亡診断書、死体検案書等				●	●
埋葬許可証等					●
接種済証、母子手帳等	●	●	●	●	●
診療録等	●	●	●	●	●
住民票		●		●	
戸籍謄本、保険証等		●		●	●

(※) 請求に必要な書類の様式は、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

予防接種後健康被害救済制度の詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

予防接種 救済

検索



ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

令和 年 月 日

都城市長 殿
三股町長 殿長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する
特例措置対象者該当理由書（小児用）

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被 接 種 者	住 所	電話番号（ ）
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
特別な事情の 内容	<input type="checkbox"/> ①厚生労働省令で定める疾病に罹患した <u>分類</u> (別表参考) <u>名称</u> (別表参考) <該当理由> <input type="checkbox"/> ア：免疫不全症その他の免疫の機能に支障を生じさせる疾病 <input type="checkbox"/> イ：白血病その他免疫の機能を抑制する治療が必要な疾病 <input type="checkbox"/> ウ：アまたはイに準ずる疾病 <input type="checkbox"/> ②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき、①または②に準ずると認められる	
※ <input type="checkbox"/> にチェックを 付ける。		
予防接種不適當要因が生じた日	平成・令和 年 月 日	
予防接種不適當要因が解消された日	令和 年 月 日	
予防接種種類、 今後の計画、 接種回数等	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	五種混合（DPT-IPV-Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	四種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	BCG	1回
	麻しん風しん混合（MR）	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	二種混合（DT）	2期
	子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目
医療機関所在地 医療機関名 医師名		
備 考		

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。
このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署

長期療養特例 特別の事情に該当する疾病一覧表

分類	名称
悪性新生物	白血病
	悪性リンパ腫
	ランゲルハンス(細胞)組織球症(Histiocytosis X)
	神経芽細胞腫
	ウィルムス(Wilms)腫瘍
	肝芽腫
	網膜芽細胞腫
	骨肉腫
	横紋筋肉腫
	ユーイング(Ewing)肉腫
	末梢性神経外胚葉腫瘍
脳腫瘍	
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症
	慢性活動性EBウイルス感染症
	慢性GVHD(Graft Versus Host disease、移植片対宿主病)
	骨髄異形成症候群
	再生不良性貧血
	自己免疫性溶血性貧血
	特発性血小板減少性紫斑病
	先天性細胞性免疫不全症
	無ガンマグロブリン血症
	重症複合免疫不全症
	バリアブル・イムノデフィシエンシー(variable immunodeficiency)
	ディジョージ(DiGeorge)症候群
	ウィスコット・アルドリッチ(Wiskott-Aldrich)症候群
後天性免疫不全症候群(AIDS、HIV感染症)	
自己炎症性症候群	
神経・筋疾患	ウェスト(West)症候群(点頭てんかん)
	レノックス・ガストウ(Lennox-Gastaut)症候群
	重症乳児ミオクロニーてんかん
	コントロール不良な「てんかん」
	Werdnig Hoffmann病
	先天性ミオパチー
	先天性筋ジストロフィー
	ミトコンドリア病
	ミニコア病
	無痛無汗症
	リー(Leigh)脳症
	レット(Rett)症候群
	脊髄小脳変性症
	多発性硬化症
	重症筋無力症
	ギラン・バレー症候群
	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
	ペルオキシゾーム病
	ライソゾーム病
	亜急性硬化性全脳炎(SSPE)
結節性硬化症	
神経線維腫症Ⅰ型(レックリングハウゼン病)	
神経線維腫症Ⅱ型	
慢性消化器疾患	肝硬変
	肝内胆管異形成症候群
	肝内胆管閉鎖症
	原発性硬化性胆管炎
	先天性肝線維症
	先天性胆道拡張症(先天性総胆管拡張症)
	胆道閉鎖症(先天性胆道閉鎖症)
	門脈圧亢進症
	潰瘍性大腸炎
	クローン病
	自己免疫性肝炎
	原発性胆汁性肝硬変
	劇症肝炎
	膵嚢胞線維症
	慢性膵炎

分類	名称	
慢性腎疾患	ネフローゼ症候群	
	巣状糸球体硬化症	
	慢性糸球体腎炎	
	急速進行性糸球体腎炎	
慢性呼吸器疾患	グッドパスチャー(Goodpasture)症候群	
	バーター(Bartter)症候群	
慢性心疾患	気管支喘息	
	慢性肺疾患	
	特発性間質性肺炎	
	期外収縮	
	心房又は心室の細動	
	心房又は心室の粗動	
	洞不全症候群	
	ロマノ・ワルド(Romano-Ward)症候群	
	右室低形成症	
	心室中隔欠損症	
	心内膜床欠損症(一次口欠損症、共通房室弁口症)	
	心房中隔欠損症(二次口欠損症、静脈洞欠損症)	
	単心室症	
	単心房症	
	動脈管開存症	
	肺静脈還流異常症	
	完全大血管転位症	
	三尖弁閉鎖症	
	大血管転位症	
	大動脈狭窄症	
	大動脈縮窄症	
	肺動脈閉鎖症	
	両大血管右室起始症	
	特発性肥大型心筋症	
	特発性拡張型心筋症	
	小児原発性肺高血圧症	
	高安病(大動脈炎症候群)	
	内分泌疾患	異所性副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)症候群
		下垂体機能低下症
		アジソン(Addison)病
		クッシング(Cushing)症候群
		女性化副腎腫瘍
先天性副腎皮質過形成		
男性化副腎腫瘍		
副腎形成不全		
副腎腺腫		
膠原病	シエーグレン(Sjogren)症候群	
	若年性関節リウマチ	
	ステル(Still)病	
	ベーチェット病	
	全身性エリテマトーデス	
	多発性筋炎・皮膚筋炎	
	サルコイドーシス	
川崎病		
先天性代謝異常	高オレチン血症-高アノモニア血症-ホモシリン尿症症候群	
	先天性高乳酸血症	
	乳糖吸収不全症	
	ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症	
	ウイルソン(Wilson)病(セルロプラスミン欠乏症)	
メチルマロン酸血症		
アレルギー疾患	食物アレルギー	
先天異常	先天奇形症候群	
	染色体異常	

(都城市・三股町)

令和8年度

予 防 接 種 実 績 報 告 書

令和 年 月 分

区 分	年齢区分	請求内訳		
五種混合	2月～3歳未満	21,956 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	20,526 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳6月未満	19,701 円 ×	件 =	円
麻しん風しん混合 (MR)	1歳～2歳未満	12,551 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	11,121 円 ×	件 =	円
	5歳	11,121 円 ×	件 =	円
	6歳	10,296 円 ×	件 =	円
	7歳～9歳未満	10,296 円 ×	件 =	円
二種混合	2月～3歳未満	8,591 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	7,161 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳6月未満	6,336 円 ×	件 =	円
	11歳～13歳未満	6,336 円 ×	件 =	円
日本脳炎	6月～3歳未満	9,471 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	8,041 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳6月未満	7,216 円 ×	件 =	円
	9歳～13歳未満	7,216 円 ×	件 =	円
	13歳～20歳未満	7,216 円 ×	件 =	円
麻しん	1歳～2歳未満	8,976 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	7,546 円 ×	件 =	円
	5歳	7,546 円 ×	件 =	円
	6歳	6,721 円 ×	件 =	円
	7歳～9歳未満	6,721 円 ×	件 =	円
風しん	1歳～2歳未満	8,987 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	7,557 円 ×	件 =	円
	5歳	7,557 円 ×	件 =	円
	6歳	6,732 円 ×	件 =	円
	7歳～9歳未満	6,732 円 ×	件 =	円
BCG	1歳未満	13,706 円 ×	件 =	円
不活化ポリオ	2月～3歳未満	11,891 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	10,461 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳6月未満	9,636 円 ×	件 =	円
Hib	2月～3歳未満	10,738 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	9,308 円 ×	件 =	円
小児用肺炎球菌 【15・20価】	2月～3歳未満	13,816 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	12,386 円 ×	件 =	円
子宮頸がん【9価】	小6～高1相当	28,721 円 ×	件 =	円
水痘	1歳～3歳未満	10,846 円 ×	件 =	円
B型肝炎	1歳未満	8,333 円 ×	件 =	円
三種混合	2月～3歳未満	11,231 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	9,801 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳6月未満	8,976 円 ×	件 =	円
ロタウイルス 【1価】	生後6週0日後～24週0日後まで	16,566 円 ×	件 =	円
ロタウイルス 【5価】	生後6週0日後～32週0日後まで	11,539 円 ×	件 =	円
RSウイルス	妊娠28週0日～37週0日未満	29,931 円 ×	件 =	円
予診のみ	6歳未満	4,026 円 ×	件 =	円
	6歳以上	3,201 円 ×	件 =	円
合 計		円		

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日
都城市北諸県郡医師会長 様

医療機関名

予診票記入例

五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)

1 期初回 (2 回)

対象者の氏名を口頭と
母子健康手帳の両方で
確認します。

予防接種の種類や回数等を、
母子健康手帳で確認します。
右の接種歴欄に記入すると、
接種間隔の確認もできます。

予防接種の対象年齢内に
あるか、確認します。

対象者の氏名	三股 花子	性別	女	生年月日	令和6年1月10日生 (満 0歳 3か月)
保護者の氏名	三股 太郎	年齢	6歳~7歳6か月未満	体温	度 分
住所	三股町榊山〇〇	電話番号	ミマタ ハナ		

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に身重()g 出生後に身重()g 乳児健診()	あった <input type="radio"/> なかった <input checked="" type="radio"/> あった <input type="radio"/> なかった <input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください()	ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>	
28日(4週)以内に病気にかかりましたか 病名()	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
28日(4週)以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか 病名()	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
28日(4週)以内に予防接種を受けましたか (月/日・予防接種名) (/) (/) (/) (/)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
そのとき熱がでましたか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の名前()	ある <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン製剤の輸注を受けたことはありますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	

「いいえ」の場合、
その場で読んでいただき、
見え消して「はい」に
記入します。

○の記入を、確認します。

記入時は、「医師の
自筆の署名」もしくは
「医師名のゴム印+
押印(スタンプ式印
鑑は不可)」です。

【医師記入欄】
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。
○の記入を、確認します。 医師署名又は記名押印 健康 一郎

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることとなります。
対象児を連れて来た方の自署です。 署(委任を受けた人の自署) 三股 太郎 三股 みずき

ロット番号及び有効期限
の記載の有無を確認しま
す。接種日が有効期限
内であることを確認します。

接種不可の時は
「接種」に2重
線を記入します。
(訂正印不要)

対象児の
保護者以外が
連れて来た場合
記入します。

委任状 私は、被接種者()に委任し、その同意を持って私の同意 といたします。 保護者自署 三股 太郎	接種量及び部位 接種量 0.5ml □皮下 □筋肉内	実施場所 〇〇小児科
Lot No. 〇〇〇〇 (注)有効期限が切れていないか要確認	接種年月日 令和 6年 4月 10日	