

福山市高齢者インフルエンザ

予防接種実施要領

2025年度（令和7年度）

（2025年（令和7年）9月8日改定）

（2025年（令和7年）12月25日改定）

目 次

1 予防接種の種類	P 1
2 実施期間	
3 接種の場所	
4 対象者の確認	
5 接種の回数	P 2
6 予防接種料金（個人負担金）	
7 予診の方法	P 3
8 接種不適当者及び接種要注意者	
9 予診票への署名について	
10 施設入所者について	P 4
11 他の予防接種との接種間隔	
12 高齢者インフルエンザ予防接種に使用するワクチン等について	
13 予防接種の実施	
14 予防接種後副反応疑い報告書について	P 5
15 予防接種に係る間違いの防止について	
16 他市町村住民の接種について	P 6
17 予防接種の実施報告について	P 7
18 その他	P 8
19 資料等	

福 山 市

1 予防接種の種類

高齢者インフルエンザ予防接種

インフルエンザは予防接種法のB類疾病に位置づけられ、その予防接種は個人予防に比重をおいて行うものであり、集団発生を防ぐものではありません。接種を受ける法律上の義務はなく、対象者が自らの意思で接種を希望する場合にのみ予防接種を行うものです。

2 実施期間

2025年（令和7年）10月1日（水）～2026年（令和8年）1月31日（土）

※高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種とは実施期間が異なりますので、ご注意ください。

3 接種の場所

実施協力医療機関（個別接種）

接種を希望する者が寝たきり等の理由から、当該医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、準回診療として当該医療機関に所属する医師により対象者の自宅、入所施設、入院施設等で予防接種を実施することは差し支えありません。

なお、上記の医療機関以外の場所で接種を実施する場合には、国が定める「定期予防接種実施要領」の「14 医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項」の記載内容に順じ、必要な安全措置を実施してください。

4 対象者の確認

対象者は、福山市に住民票のある人で、次の①②のいずれかに該当し、本人による接種希望の意思確認が得られた者とします。なお、接種前には接種を希望する者から、次に掲げる【本人確認書類】の提示を求めるなど、年齢及び住所等から対象者であることを慎重に確認してください。

年齢は、接種日時点のものとします。

① 65歳以上の者

② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいを有する者（身体障がい者手帳おおむね1級に相当する程度。肢体・視覚・聴覚障がいなどは除く。）及びヒト免疫不全ウイルスにより、免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいを有する者：資料①「機能障がいの程度」に該当することを次の（ア）～（ウ）いずれかの方法により確認した後、接種を行ってください。

（ア）機能障がいを診てもらっている医師による確認

（イ）身体障がい者手帳による確認

（ウ）機能障がいを診てもらっている医師の意見書・診断書による確認

【本人確認書類】

マイナンバーカード、各種健康保険資格確認証等、運転免許証又は住民票などの住所・年齢を確認できる書類

5 接種の回数

1人につき1回とします。

6 予防接種料金（個人負担金）

- ・ 1件につき1,600円とします。
- ・ 次のいずれかの【証明書】を提示した場合は個人負担金免除となります。
※【証明書】の写しの提出は不要です。予診票の確認項目欄へ記入してください。（記入例I参照）
- ・ 予防接種を行った際に徴収した個人負担金の領収書は、実施協力医療機関がそれぞれの定める様式（レシート等）により発行してください。

【個人負担金免除者】	【証明書】
① 市民税非課税世帯の世帯員	<p>(A) 介護保険料決定通知書、又は特別徴収額決定通知書 (所得段階が01～03段階に限る。)</p> <p>※できるだけ「介護保険料決定通知書兼納入通知書兼特別徴収開始通知書」(7月送付)を証明書としてご活用いただけますよう患者様への周知をお願いします。</p> <p>又は</p> <p>(B) 後期高齢者医療資格確認書 (限度区分の欄に「区I」又は「区II」と記載されており、接種日時点で有効なものに限る。)</p> <p>※対象者の同意を得て、マイナンバーカードのオンライン資格確認で上記の資格確認ができた場合、原本の提示を省略することができます。</p> <p>「国民健康保険資格確認証」、「国民健康保険医療限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「介護保険負担限度額認定証」は対象外。</p> <p>又は</p> <p>(C) 市民税非課税世帯の証明書（医療機関用） (接種日時点で、有効なものに限る。)</p>
② 生活保護法による生活保護受給者	(D) 休日・夜間等受診票 (接種日時点で、有効なものに限る。)
③ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者	(E) 写真付の本人確認証 (接種日時点で、有効なものに限る。)

※以降、①②③の個人負担金免除者を「低所得者」とします。

※A～Eの資料は、別で見本を作成しておりますので、ご活用ください。

7 予診の方法

- (1) 接種前診察（問診、検温、視診、聴診等）は全員に実施してください。対象者が自宅等で検温している場合でも、医療機関において再度検温してください。
- (2) 予診票の医師の署名又は記名押印欄は、接種を行った医師が自筆で記入してください。ゴム印等で記名する場合は、医師の押印を行ってください。（実施医療機関名等の記入欄への記名については、ゴム印可）

8 接種不適当者及び接種要注意者

- (1) 接種不適当者（接種を受けることができない者）

次の各号に掲げる者は、予防接種を受けることができません。

- ① **接種当日、明らかな発熱（予診時の体温が37度5分以上であることを指す。）を呈している者**
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③ 予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことが明らかな者
- ④ インフルエンザの予防接種後、2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ⑤ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

※接種不適当者に予防接種を行った場合、当該予防接種は市が実施する高齢者インフルエンザ予防接種の対象になりません。

- (2) 接種要注意者（接種の判断を行うに際し、健康状態及び体質を勘案し、注意して接種する者）

- ① 心臓血管系疾患、じん臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障がい等の基礎疾患有する者
- ② インフルエンザ以外の予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③ けいれんの既往のある者
- ④ 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者

なお、接種要注意者の場合、対象者の健康状態及び体質を勘案して慎重に接種の可否を判断し、予防接種を行う際には対象者に対して、改めて予防接種の効果や副反応などについて適切な説明を行い、対象者が十分に理解したうえで接種希望であることを確認し、文書による同意を確実に得る必要があります。

9 予診票への署名について

B類疾病の予防接種は、接種を受ける法律上の義務がないため、対象者本人の意思で接種を希望していることを確認する必要があります。よって、対象者本人の意思確認を確実に行い、予防接種の実施に関して文書による同意を得た場合に限り予防接種を実施することができます。

- ① 予防接種の実施に当たっては、事前に説明書等により、有効性、接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について適切な説明を行い、対象者がその内容を十分に理解したことを確認してください。
- ② 対象者は、医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に署名することになります。予診票に署名しなければ接種を行うことはできないので注意してください。

- ③ 対象者の意思を確認することが困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者の意思を確認することは認められますが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、予防接種法に基づいた予防接種を行うことはできません。
- (ア) 対象者が署名できる場合：「本人署名」欄に署名します。（記載例は、記入例Ⅱ）
- (イ) 対象者が署名できない場合：代筆者が「本人署名」欄に対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び対象者との「続柄」を記入します。（記載例は、記入例Ⅲ、代筆者については、資料②「代筆について」を参照）
- ④ 視覚障がい者等における予診票の記入について
- (ア) 予診票の「本人署名」欄に対象者が署名しがたい場合、代筆で対応してください。なお、「本人署名」欄以外の予診票の「住所・名前・生年月日・年齢・電話番号・性別」及び「質問事項」等については、聞き取りをして実施協力医療機関の従事者等が記入しても構いません。
- (イ) 代筆によりがたい場合は、市の予防接種担当課に別途協議するものとします。

1.0 施設入所者について

施設入所中の対象者については、施設長の判断で一律的に接種を行うのではなく、明確に対象者の意思を確認したうえで接種することになります。

1.1 他の予防接種との接種間隔

高齢者インフルエンザのワクチンは、不活化ワクチンのため、異なるワクチンの接種間隔に関しては規定がありません。

1.2 高齢者インフルエンザ予防接種に使用するワクチン等について

- ① 本事業で使用するワクチン及び接種用具等（以下「ワクチン等」という。）は、医療機関が任意の卸業者から直接購入してご用意ください。
- ② 予診票及び予防接種済証は、昨年度の接種実績を参考に実施要領とともに送付しています。追加が必要な場合は、福山市のホームページからダウンロードして印刷し、ご利用ください。また、保健予防課へご連絡いただければ郵送します。

1.3 予防接種の実施

- ① ワクチン等の使用に当たっては、正しいワクチンの種類、有効期限内であること及び異常のないことを確認してください。
- ② インフルエンザHAワクチンを1回皮下に0.5ml注射します。
- ③ 接種部位は、通常「上腕伸側」とします。
- ④ 予診票は、市が配付する所定のものを使用してください。
- ⑤ 接種後は、予診票にワクチンメーカー名・ロット番号・接種量・実施医療機関名・医師名・接種年月日を記入してください。ワクチンメーカー名・ロット番号欄の記入に代えて、ロット番号が記載されたシールを貼付しても構いません。
- ⑥ 接種後は、「高齢者インフルエンザ予防接種済証」を交付してください。

1 4 予防接種後副反応疑い報告書について

予防接種に起因する疑いのある、重い副反応を診断した場合は、直ちに「予防接種後副反応疑い報告書」（資料③－2）及び「予防接種後副反応疑い報告書報告基準」（資料③－2の裏面）を記入し、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）の場合、資料③-3「急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票」を、ギラン・バレ症候群（GBS）の場合、資料③-4「ギラン・バレ症候群（GBS）調査票」を併せて報告してください。FAXで報告する場合、資料③－1または国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した「予防接種後副反応疑い報告書」を独立行政法人医薬品医療機器総合機構（FAX:0120-176-146）へ提出してください。また、電子報告システム(URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>)から報告することも可能です。（市への提出は不要）記入・作成に当たっては「予防接種後副反応疑い報告書記入要領」（資料③－1）を参照してください。

1 5 予防接種に係る間違いの防止について

法令やワクチンの添付文書の説明等を守らずに予防接種を実施したことによって健康被害が生じたときには、接種を行った医師や医療機関の責任を問われる場合があることに留意してください。

予防接種に係る間違い発生時の対応について

誤った用法用量での接種や有効期限切れワクチンの接種など、予防接種に係る間違いが発生した場合は、速やかに間違いの概要を保健予防課へ電話で報告するとともに、「予防接種に係る誤接種報告書」（資料④）をご提出ください。また、被接種者への説明及び健康観察等の対応をお願いします。報告後の処理は、改めて保健予防課から連絡します。

なお、2013年（平成25年）4月1日より厚生労働省の定期接種実施要領において、重大な健康被害につながる恐れのある予防接種の間違いについては、市を通じて国に報告することが義務付けられています。

1.6 他市町村住民の接種について

福山市民以外の予防接種については、原則、「広域予防接種券」又は「予防接種依頼書」が必要となります。住所を確認して実施してください。

詳細は次の表のとおり。

被接種者	被接種者 の提出書類	接種料金	被接種者 の負担	使用する ワクチン	請求・報告先
広島県内の住民					
広域化予防接種事業参加市町の住民	(※) 予防接種券 (高齢者インフルエンザ)	住民票のある市町が定めた料金	[患者負担額]の金額 (予防接種券に記載)	医療機関 が購入	予防接種券に記載されている「患者負担額」の欄の金額を徴収、予防接種券、予防接種請求書を国保連に提出 ※福山市への報告は不要
広域化予防接種事業に未参加市町の住民	医療機関宛 又は 自治体宛 の依頼書	医療機関が定めた料金	実費 (ワクチン代含む)		被接種者から実費を徴収、依頼のあった市町へ予診票を送付 ※福山市への報告は不要
広島県外の住民					
	医療機関宛 又は 自治体宛 の依頼書	医療機関が定めた料金	実費 (ワクチン代含む)	医療機関 が購入	被接種者から実費を徴収、依頼のあった市町村へ予診票を送付 ※福山市への報告は不要

(※) 予防接種券の取り扱いができる医療機関は、広島県広域化予防接種事業受託医療機関に限ります。

(1) 注意点

- ① 広域化予防接種受託医療機関として予防接種の実施を希望される医療機関は、広島県医師会地域医療課 (Tel: 082-568-1511) へ連絡してください (既に広域化予防接種受託医療機関として予防接種を実施している医療機関は不要)。
 - ② 広域予防接種委託料については、国保連合会が審査支払を行いますので、予防接種請求書に広域予防接種券と予診票を添えて、国保連合会へ提出 (請求) してください。(市への報告は不要)
 - ③ 健康被害の対応については、広域予防接種券を発行した被接種者の居住地の市町が行います。
 - ④ 「予防接種依頼書 (原本)」を被接種者が持参した場合は、実費での接種となるため、被接種者からはワクチン代を含めた接種料金を徴収してください。
 - ⑤ 依頼書持参者についての接種報告は、予防接種実施医療機関から、依頼のあった市町の担当部署へ直接行ってください。(市への報告は不要)
- (2) 高齢者インフルエンザ予防接種の対象者で、予防接種券又は依頼書の提出がなかった場合の取扱い
被接種者に対し、住所地 (住民票のある市町村) の予防接種担当窓口へ、住所地以外の市町村での接種を希望する旨を申し出るよう伝える。(被接種者は、住所地の市町村長から予防接種券か依頼書 (原本) が手元に届き次第、医療機関へ提出後、接種を行う。)

1.7 予防接種の実施報告について

- (1) 実施協力医療機関は、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)に接種件数を、低所得者及び低所得者以外に分けて記入のうえ、予診票と併せて次のとおり提出してください。

予診のみ(予診の結果、接種を見合わせた場合。その後、診療に移行したものを含む。)についても、委託料支払対象となっています。接種済みの予診票と併せて、接種を見合わせた予診票を提出してください。ただし、接種を見合わせた者については、1人につき1日1件のみの支払となります。

なお、実施報告書の記入方法及び提出に際しては、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)裏面を参照してください。

提出期限	接種月の翌月10日まで
提出先	福山市医師会加入実施協力医療機関 ⇒ 福山市保健所 保健予防課 医師会に加入していない実施協力医療機関 ⇒〃 松永沼隈地区医師会加入医療機関のうち (内海町、沼隈町内の実施協力医療機関) ⇒ 沼隈支所保健福祉担当 (その他の実施協力医療機関) ⇒ 松永保健福祉課 府中地区医師会加入実施協力医療機関 ⇒ 北部保健福祉課 深安地区医師会加入医療機関のうち (神辺町内の実施協力医療機関) ⇒ 神辺保健福祉課 (加茂町内の実施協力医療機関) ⇒ 北部保健福祉課 ※郵送で提出する場合 → 保健予防課 (TEL: 928-1127) 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号
提出書類	①高齢者定期接種実施報告書(別紙1) ②予診票 ⇒ ※接種件数と枚数を照合 ※接種済みの予診票と予診のみの予診票は、分けて提出してください。
備考①	<ul style="list-style-type: none"> 提出期限までに実施報告書の提出がない場合は、前月の接種実績なしとみなして処理を行います。 請求漏れが見つかった場合、直近の接種分と併せて提出してください。 <u>最終報告(2026年1月報告分)については、接種件数が0件でも必ず実施報告書を提出してください。</u>
備考②	<ul style="list-style-type: none"> 他のB類定期予防接種(高齢者肺炎球菌、新型コロナウイルス感染症及び帯状疱疹予防接種)と同時接種を予定していた場合の「予診のみ」の取扱いについては、併せて1件として委託料の支払対象となりますので、次のとおり報告を行ってください。 <ul style="list-style-type: none"> ① 高齢者帯状疱疹予防接種を含む計2~4件の同時接種を予定していた場合 →「高齢者帯状疱疹」の欄に件数を記入し、報告してください。 ② 高齢者帯状疱疹予防接種を除き、高齢者インフルエンザ予防接種を含む計2~3件の同時接種を予定していた場合 →「高齢者インフルエンザ」の欄に件数を記入し、報告してください。 ③ 高齢者肺炎球菌及び新型コロナウイルス感染症予防接種の計2件の同時接種を予定していた場合→「高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種」の欄に件数を記入し、報告してください。 同時接種を予定していなかった場合は、それぞれの予防接種の欄に件数を記入し、報告してください。

- (2) 市は、提出された実施報告書・予診票について審査し、不備等があったものについては、実施協力医療機関に再提出を求めます。

(3) 本予防接種に係る委託料は、予防接種業務委託契約に従い、2025年度（令和7年度）予防接種委託料単価表（別紙2）の委託料単価のとおり毎月の報告、審査終了後に速やかに、医師会加入実施協力医療機関については各医師会に対して、その他の実施協力医療機関については直接支払うものとします。

18 その他

- (1) この実施要領によるほか、その他の詳細については、「B類疾病予防接種ガイドライン」を参考に実施することとします。
- (2) 個人負担金免除に必要な証明書は、次のとおりです。
 - ・見本Ⓐ、見本Ⓑ及び見本Ⓔは、それぞれの制度の対象者に交付されているものです。
 - ・見本Ⓑは、後期高齢者医療保険の被保険者全員に交付されていますが、限度区分欄に記載があるのは、事前に申請している人のみです。記載がない場合、免除対象外とは限りませんので、ご注意ください。
 - ・見本Ⓒは、実施期間中、福山市の税証明担当窓口及び保健予防課において平日8時30分～17時15分（交流館は9時～12時）の間に対象者へ無料で発行されます。
- (3) 被接種者本人と予診医師が同一である場合は、予診の客観性が担保できず、本市の定期接種としての取扱いができません（任意接種扱いとなります。）ので、ご注意ください。

19 資料等

- 別紙1 高齢者定期接種実施報告書
別紙2 2025年度（令和7年度）予防接種委託料単価表
- 資料① 機能障がいの程度
資料② 代筆について
資料③－1 予防接種後副反応疑い報告書記入要領（別表 各症状の概要を含む）
資料③－2 予防接種後副反応疑い報告書 ※裏面に予防接種後副反応疑い報告書報告基準
資料③－3 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票
資料③－4 ギラン・バレ症候群（GBS）調査票
資料④ 予防接種に係る誤接種報告書
- 記入例 I 予診票記入例（証明書確認項目欄について）
記入例 II 予診票記入例（被接種者本人が署名する場合）
記入例 III 予診票記入例（代筆者が記名する場合）
- 見本Ⓐ 介護保険料決定通知書、特別徴収額決定通知書
見本Ⓑ 後期高齢者医療資格確認書
見本Ⓒ 証明書（医療機関用）
見本Ⓓ 休日・夜間等受診票（生活保護の方）
見本Ⓔ 写真付きの本人確認証（中国残留邦人等の方）

その他不明な点は、保健予防課（℡：084-928-1127）へお問い合わせください。

高齢者定期接種実施報告書

年 月 日

福山市長様

(医療機関名)

所在地
名称
代表者

印

次のとおり高齢者を対象とする定期接種を実施しましたので、報告します。

【接種件数】

実施月			年 月					
種別			接種済み				予診のみ (診療に移行したものも含む。)	総合計 (①+②)
			件数	合計 (①)	年齢内訳			
高齢者 肺炎球菌	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
		低所得者	件					
高齢者 帯状 疱疹	生ワクチン	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
		低所得者	件					
	ワクチン 組換え	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
		低所得者	件					
高齢者 インフルエンザ	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
		低所得者	件					
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件
		低所得者	件					
合計(予診票枚数と一致)			件	件	件	件	件	件

【注意事項】

- 報告書、予診票の提出期限は、接種月の翌月10日です。(ただし、3月分は3月31日)※肺炎球菌は2か月に1回

記入例

2025年度(令和7年度)用

高齢者定期接種実施報告書

年 月

福山市長様

(医療機関名)

所在
地
称
者福山市三吉町南二丁目11番22号
すこやか病院
すこやか 太郎朱印
印

件数を訂正した際は、二重線で見え消しし、右の朱印と同じ印かんで訂正印を押印してください。

次のとおり高齢者定期接種を実施しましたので、報告します。

接種年月を記入

※肺炎球菌の報告月は、()書きで前月も表記してください。
(例)5月(4月)[肺炎球菌の報告がある場合のみ。]

【接種件数】

実施月		年 月				総合計 (①+②)	
高齢者 肺炎球菌	個人 負担金 区分	接種済み		予診のみ (診療に移行したもの含む。)			
		合計 (①)	年齢内訳				
高齢者 帯状 疱疹	低所得者 以外	件	60歳～65歳 未満の方	件	件	件	
	低所得者	件	65歳以上	件	件		
高齢者 インフルエンザ	低所得者 以外	件	件	件	件	件	
	低所得者	件	件	件	件		
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	低所得者 以外	件	件	件	件	件	
	低所得者	件	件	件	件		
合 計 (予診票枚数と一致)		件	件	件	件		

【注意事項】

- 報告書、予診票の提出期限は、接種月の翌月10日です。(ただし、3月分は3月31日)※肺炎球菌は2か月に1回

別紙2

2025年度(令和7年度)予防接種委託料単価表

(接種1件当たり)

種 別	委託料単価 (消費税10%)	予防接種料金 (個人負担金) 消費税の課税なし
高齢者インフルエンザ	3,640円	1,600円 (低所得者以外)
	5,240円	0円 (＊:低所得者)
予診のみ実施した場合	3,200円	

* 低所得者とは、次のいずれかに該当する者とする。

- (1)市民税非課税世帯の世帯員
- (2)中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者
- (3)生活保護法による生活保護受給者

* 2020年度から、福山市によるワクチンの一括購入を中止とするため、接種委託料にワクチン代相当額を上乗せしています。

機能障がいの程度

① 心臓機能障がい

- ア. 次のいずれか二つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己の身辺の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰越しアダムスストークス発作が起こるもの。
- a 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
 - b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
 - c 心電図で脚ブロック所見があるもの
 - d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
 - e 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
 - f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
 - g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
 - h 心電図で第I誘導、第II誘導及び胸部誘導（ただしV1を除く）のいずれかのTが逆転した所見があるもの
 - イ. 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

② じん臓機能障がい

じん臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が10ml／分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身辺の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

③ 呼吸器機能障がい

予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障がいのため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。
予測肺活量一秒率とは、一秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長の組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

④ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- ア. CD4陽性Tリンパ球数が200/ μ l以下で、次の項目（a～l）のうち6項目以上が認められるもの。
- a 白血球数について3,000/ μ l未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - c 血小板数について10万/ μ l未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/ml以上の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - e 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。
 - f 健常時に比し10%以上の体重減少がある。
 - g 月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2か月以上続く。
 - h 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月の7日以上ある。
 - i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。
 - j 口腔内カンジダ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバー症、帶状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある。
 - k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。
 - l 軽作業を超える作業の回避が必要である。
 - イ. 回復不可能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

資料②

代筆について

- 1 対象者が予診票に自筆することが困難な場合のみ、接種時に代筆者が予診項目等を代筆し、また「本人署名」欄に対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び対象者との「続柄」を記入する。
- 2 対象者の自筆が困難な場合の代筆者については、家族に限定しない。
(原則、対象者本人の接種意思を確認したものが代筆する。)
- 3 本予防接種が対象者本人の意思に基づき接種を受けるものであることから、対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族や医師の協力を得ながら意思確認を行い、接種の意向を丁寧に汲み取ること。
- 4 明確に対象者の接種意思を確認できない場合は、接種してはならない。
(対象者の接種の同意なく接種はできません。)

資料③－1

(別紙様式1 記入要領)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別

定期接種・臨時接種か、任意接種かの別について、該当する方に印を付けてください。

患者（被接種者）

- ・氏名又はイニシャル

定期接種・臨時接種後に症状を認めた場合にはその患者の氏名を、また、任意接種後に症状を認めた場合にはその患者のイニシャルを記入してください。

- ・性別

患者の性別について、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は記入しないでください。

- ・接種時年齢

患者の予防接種時の年齢を記入してください。0歳児については、月齢まで記入してください。

- ・住所

患者の住所を市町村名まで記入してください。

- ・生年月日

患者の生年月日を記入してください。

報告者

- ・氏名

副反応疑い報告書を作成した者の氏名(法人である場合は法人名)を記入してください。
また、報告者と患者との関係について、該当する番号に○印を記入してください。「その他」
の場合には、具体的に記入してください。

- ・医療機関名

副反応疑い報告書を作成した者の所属(報告者が法人である場合には、開設。以下同じ。)
する医療機関名を記入してください。

- ・電話番号

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の電話番号を記入してください。

- ・住所

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の所在地を記入してください。

接種場所

- ・医療機関名

患者が予防接種を受けた医療機関名を記入してください。接種を受けた場所が、医療機
関ではない場合には、その具体的な場所や名称を記入してください。

- ・住所

患者が予防接種を受けた医療機関の所在地を記入してください。

ワクチン

- ・ワクチンの種類

患者に接種したワクチンの種類を記入してください。

同時接種をしたワクチンがある場合には、①に報告者が最も症状と関係があると考えるワクチンの種類を、②～④には、その他の同時接種をしたワクチンの種類を記入してください。なお、どのワクチンが症状と関係があるかどうか判断が付かない場合には、①～④に記入するワクチンの種類の順番は問いません。

なお、同時接種をしたワクチンが5つ以上ある場合には、適宜、余白や別紙に記載し、あわせて報告してください。

- ・各ワクチンのロット番号

患者に接種したワクチンのロット番号を記入してください。

- ・各ワクチンの製造販売業者名

患者に接種したワクチンの製造販売業者名（販売元ではない。）を記入してください。

- ・各ワクチンの接種回数

患者が受けた予防接種の接種回数（期）を記入してください。なお、患者の受けた予防接種が任意接種だった場合には、可能な限り記入をお願いします。

- ・同時接種するワクチンが5つ以上の場合は、様式の余白や別紙に記載の上、あわせて報告してください。

接種の状況

- ・接種日

患者が予防接種を受けた日時を記入してください。

- ・出生体重

患者の出生時の体重を記入してください。患者が乳幼児で無い場合には、記入の必要はありません。

- ・接種前の体温

患者の予診時の体温を記入してください。

- ・家族歴

患者の血縁関係のある者において、症状と関係があると考えられる疾病がある（過去にあった）場合は、記入してください。

- ・予診票での留意点（基礎疾患、アレルギー、最近1ヵ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）

留意点の有無について、該当する番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

なお、「最近1ヵ月以内のワクチン接種」については、症状の発生から1ヵ月以内に接種したワクチン（「ワクチンの種類」欄に記載したワクチンを除く。）の接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名、接種回数を記入してください。

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

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。）に係る報告の際には、最近1ヶ月に限らず過去のヒトパピローマウイルス感染症の予防接種について、

接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入（※）してください。なお、キャッチアップ接種において、過去に接種したワクチンの種類が不明の場合については、その旨を予診票での留意点に明記（※）してください。

新型コロナワクチンの2回目以降の接種の場合は、最近1ヶ月に限らず前回までの接種について、接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入してください。

（※）の記載例：3回目接種後に報告する場合

1回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

2回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

（注）過去の接種記録は、予診票等を確認するなどして可能な限り記載してください。

症状の概要

・ 症状

患者の受けた予防接種が定期接種又は臨時接種だった場合

該当する症状名について、様式2ページ目の「報告基準」の中から該当する番号に○印を記入してください。この際、「その他の反応」を選択した場合には、右欄にある症状の例示の中から、該当するアルファベットに○印を記入してください。（複数の症状が該当する場合には、その全てに○印を記入してください。）重ねて本欄への記入は不要です。なお、該当するものが無く、xを選択した場合には、症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。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。

患者の受けた予防接種が任意接種だった場合

症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。様式2ページ目に同じ症状名がある場合は、できる限り、様式2ページ目にある症状名で記載をお願いいたします。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。

・ 発生日時

症状の発生した日時を記入してください。

・ 本剤との因果関係

予防接種と症状との因果関係について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。

・ 他要因（他疾患等）の可能性の有無

今回の症状が予防接種ではなく、他疾患の可能性があるかどうかについて、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

・ 概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）：詳細は別表参照

今回の症状の概要を詳しく記入してください。特に、別表に記載した代表的な臨床所見の有無及び代表的な検査の結果を記入してください。

また、新型コロナワクチンの2回目以降の接種後の概要について記載する場合は、当該接種時における接種前後の症状の概要に加え、前回までの接種時における接種前後の状況についても関連する症状の発生の有無その他特筆すべき状況について可能な範囲で記載してください。

・製造販売業者への情報提供

今回接種したワクチンの製造販売業者等に情報提供を行ったかどうか、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は、記入しないでください。

症状の程度

今回の症状の程度について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。

「重い」を選択した場合には、その程度について該当する番号に○印を記入してください。

なお、「入院」を選択した場合には、入院した病院名、担当医の氏名、入院日及び退院日を記入してください。

症状の転帰

今回の症状の転帰について、報告時点で判明している場合には、転帰日を記入するとともに、その内容について、該当する番号に○印を記入してください。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。

報告者意見

今回の症状の診断、因果関係の評価又は関連があると考えられるその他の事象について、記入してください。

報告回数

今回の症状を厚生労働省に報告する回数について、該当する番号に○印を記入してください。

別表 各症状の概要

症 状	疾病概要・臨床所見・検査所見	症状発生までの時間
アナフィラキシー	<p><u>疾病概要 :</u> 即時型（I型）アレルギー反応を主たる発生機序とし、通常、抗原に曝露してから30分以内（場合によっては数時間後）に突然に発症し、急速な症状の進行を伴う過敏反応である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う） :</u></p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚又は粘膜症状 <input type="checkbox"/> 循環器症状 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：アナフィラキシー https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf</p>	4時間
化膿性リンパ節炎（B C G）	<p><u>疾病概要 :</u> 病原微生物のリンパ流への侵入により、リンパ節に炎症を起こし、化膿した状態である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p>	4か月

	<p><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、倦怠感）</p> <p><input type="checkbox"/> 局所症状（例；リンパ節での腫瘍、瘻孔の形成）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 菌の証明</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査</p>	
肝機能障害	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>発生機序を問わず、肝機能に異常を来たした状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例；例発熱、倦怠感、黄疸）</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大）</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚層状（例；皮疹、搔痒感） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査：AST、ALT の変動 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：薬物性肝障害 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf</p>	28日
間質性肺炎	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>肺の支持組織の炎症性病変を示す疾患群である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱）</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸症状（例；咳嗽、呼吸困難） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査：白血球数の増加、低酸素血症</p> <p><input type="checkbox"/> 培養検査（血液、喀痰）</p> <p><input type="checkbox"/> 画像検査（単純X線、CT）：びまん性の陰影 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：間質性肺炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf</p>	28日
急性散在性 脳脊髄炎(ADEM)	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>自己免疫的な機序により、急性に脳・脊髄・視神経を含む中枢神経系に散在性に脱髓と炎症を来す疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（通常は単相性の臨床像）：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、痙攣、小脳失調）</p> <p><input type="checkbox"/> 脊髄症状（例；対麻痺、病的反射）</p> <p><input type="checkbox"/> 末梢神経症状（例；脳神経症状） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 病理検査；中枢神経系の脱随巣、細胞浸潤</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査；白血球增多、赤沈亢進</p> <p><input type="checkbox"/> 髓液検査；リンパ球優位の細胞数增多</p> <p><input type="checkbox"/> 画像検査；MRIによる散在性の白質病変 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：急性散在性脳脊髄炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf</p>	28日
急性汎発性 発疹性膿疱症	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>高熱とともに急速に全身性に小膿疱を有する浮腫性紅斑やびまん性紅斑が多発する疾患である。通常粘膜疹は伴わない。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例；高熱、急速に全身に多発する紅斑 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 局所症状（例；紅斑上に多発する小膿疱 等）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p>	28日

	<p><input type="checkbox"/> 血液検査：好中球優位の白血球增多と炎症反応（CRP）の上昇等 <input type="checkbox"/> 病理検査：角層下膿疱、表皮内膿疱 等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル 急性汎発性癰瘍性膿疱症 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf</p>	
ギラン・バレー症候群	<p><u>疾病概要：</u> 感染等に続発して免疫異常を生じることにより起こる末梢神経系の炎症性脱髓性疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（通常は単相性の臨床像）：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 両側性の筋力低下 <input type="checkbox"/> 腱反射の減弱 <input type="checkbox"/> 感覚障害 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 髓液検査：蛋白細胞解離 <input type="checkbox"/> 電気生理検査：末梢神経伝導速度の遅延 等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ギラン・バレー症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf</p>	28日
けいれん	<p><u>疾病概要：</u> 全身又は一部の筋肉に生じる発作性の不随意運動である。その内容は多様であり、発生機序については不明な点が多い。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 痙攣（全身性、緊張性、間代性、強直間代性、弛緩性） 等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 検温 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 脳波 等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：痙攣・てんかん https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf</p>	7日 (麻しん、風しんは、21日)
血管炎	<p><u>疾病概要：</u> 非特異性的炎症性変化で、纖維性肥厚や瘢痕化のために血管の閉塞や拡張性変化を生じ、多彩な病態を呈する疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、体重減少、全身倦怠感） <input type="checkbox"/> 大・中型血管の臓器症状 （例；血圧異常、咬筋跛行、視力障害、急性腹症） <input type="checkbox"/> 小型血管の臓器症状 （例；皮疹、多発性单神経炎、糸球体腎炎） 等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 血液検査 等</p>	28日
血管迷走神経反射 (失神を伴うものに限る。)	<p><u>疾病概要：</u> 自律神経のバランスが崩れ、血圧の低下、徐脈が生じる病態であり、脳血流が低下して失神に至ることがある。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 血圧の低下 等</p>	30分

血小板減少性紫斑病	<p><u>疾病概要 :</u> 発生機序を問わず、血小板が減少したために皮膚及び粘膜に紫斑を呈した状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血）等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血液検査：血小板の減少等 	28日
脊髄炎	<p><u>疾病概要 :</u> 脊髄の炎症性疾患の総称。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 感覚異常 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 排尿困難等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 髓液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査等 	28日
視神経炎	<p><u>疾病概要 :</u> 視神経に起こる炎症により、視機能障害を引き起こす疾患。しばしば多発性硬化症の初発症状となる。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 中心暗点 <input type="checkbox"/> 眼球運動痛等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 視力検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 画像検査等 	28日
髄膜炎 (B C G によるものに限る。)	<p><u>疾病概要 :</u> 髄膜炎のうち髄液からBCGが検出されるもの。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、頭痛、恶心・嘔吐等） <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、けいれん、項部硬直などの髄膜刺激症状） <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、BCGの検出等 	-
全身播種性 B C G 感染症	<p><u>疾病概要 :</u> BCGが全身に播種した状態である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、咳嗽） <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等）等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液） <input type="checkbox"/> 血液検査：炎症所見 <input type="checkbox"/> 画像検査：リンパ節腫大、空洞病変、粟粒陰影等 	1年
喘息発作	<p><u>疾病概要 :</u> 種々の刺激に対して気管、気管支の反応性が亢進していることを特徴とする疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 呼吸症状 (例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ) 等 	24時間

	<p><u>代表的な検査所見 :</u> 急性期には通常の検査で行うべき項目はなく、治療が優先される。</p>							
多発性硬化症	<p><u>疾病概要 :</u> 中枢神経系の脱髓疾患であり、自己免疫性炎症性機序が関与していると考えられている。時間的・空間的多発性が特徴。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 四肢の麻痺 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発達・知能指数</td> <td><input type="checkbox"/> 脳波検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 画像検査</td> <td><input type="checkbox"/> 誘発電位</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 髓液検査</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">等</p>	<input type="checkbox"/> 発達・知能指数	<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 誘発電位	<input type="checkbox"/> 髓液検査		28日
<input type="checkbox"/> 発達・知能指数	<input type="checkbox"/> 脳波検査							
<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 誘発電位							
<input type="checkbox"/> 髓液検査								
腸重積症	<p><u>疾病概要 :</u> 口側腸管が肛門側腸管に引き込まれ、腸管壁が重なり合うことで引き起こされる疾患。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；間欠的な不機嫌、啼泣等） <input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；腹痛、嘔吐、血便等）等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 画像検査：超音波検査における重積した腸管像、腹部X線における腸管ガスの分布異常、注腸造影検査における陰影欠損等 	21日						
ネフローゼ症候群	<p><u>疾病概要 :</u> 尿中に多量の血清タンパク成分を喪失する時にみられる共通の病態をいう臨床的概念である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 浮腫 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 病理検査</td> <td><input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ネフローゼ症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf</p>	<input type="checkbox"/> 病理検査	<input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿	<input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症		28日		
<input type="checkbox"/> 病理検査	<input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿							
<input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症								
脳炎・脳症	<p><u>疾病概要 :</u> 急激な脳の機能不全によって生じる症候群であり、一般に脳実質の炎症所見を伴うものを脳炎、伴わないものを脳症と定義する。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 遷延する意識障害 <input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状 <input type="checkbox"/> その他中枢神経症状 (例；痙攣、大脳局在症状、髄膜刺激症候) <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査 :</u></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 病理検査</td> <td><input type="checkbox"/> 画像検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血液検査</td> <td><input type="checkbox"/> 脳波検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 髓液検査</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：小児の急性脳症 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j21_r01.pdf</p>	<input type="checkbox"/> 病理検査	<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 髓液検査		28日
<input type="checkbox"/> 病理検査	<input type="checkbox"/> 画像検査							
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 脳波検査							
<input type="checkbox"/> 髓液検査								

B C G 骨炎 (骨髓炎、骨膜炎)	<p><u>疾病概要 :</u> BCG による骨炎、骨髓炎、骨膜炎である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、腫瘍等） 等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 画像：骨の透亮像、膿瘍形成 等 	2年
皮膚結核様病変	<p><u>疾病概要 :</u> 真性(正)皮膚結核や結核疹等結核菌によって皮膚に起こる病変の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 皮疹（全身性、限局性） <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 病理検査：類上皮肉芽腫、Langhans 巨細胞 等 	3か月
皮膚粘膜眼症候群	<p><u>疾病概要 :</u> 原因の多くは医薬品と考えられ、全身症状とともに皮膚粘膜移行部に皮疹を呈する疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱） <input type="checkbox"/> 皮膚症状（例；多形滲出性紅斑、口唇のびらん） <input type="checkbox"/> 眼症状（例；結膜充血、眼脂） 等 <p><u>代表的な検査 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 等 <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：スティーブンス・ジョンソン症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf</p>	28日
注射部位壞死又は注射部位潰瘍	<p><u>疾病概要 :</u> 注射部位を中心として蜂巣炎・蜂巣炎様反応（発赤、腫脹、疼痛、発熱等）があらわれ、壊死や潰瘍に至る症状。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の壊死、潰瘍等） 等 <p><u>代表的な検査 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血液検査 等 	28日
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。）	<p><u>疾病概要 :</u> 皮膚及び皮下組織等に生じる細菌感染症並びにそれに類する症状である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、発赤等） 等 <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像：炎症所見 等 	7日
末梢神経障害	<p><u>疾病概要 :</u> 末梢神経（運動神経、感覺神経、自律神経）の働きが低下するため起こる障害。</p> <p><u>代表的な臨床所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 運動障害（例；筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等） 	28日

	<p><input type="checkbox"/> 感覚障害（例；しびれ、疼痛、感覺鈍麻等）</p> <p><input type="checkbox"/> 自立神経障害（例；排尿障害、発汗障害、起立性低血圧等）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査</p> <p><input type="checkbox"/> 髓液検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生理学的検査</p> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：末梢神経障害 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c13.pdf</p>	
無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うものに限る。）	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>髄膜炎のうち髄液培養で細菌・真菌が検出されないので、帯状疱疹をともなうものである。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例；高熱、頭痛、恶心・嘔吐 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 带状疱疹</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 髓液検査：細胞数増加、ワクチン株の水痘・帯状疱疹ウイルスの検出 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：無菌性髄膜炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf</p>	-
疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>接種部位以外を含む疼痛、運動障害を中心とする多様な症状である。ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じていると報告されている。多様な症状とは、具体的には、失神、頭痛、腹痛、発汗、睡眠障害、月経不正、学習意欲の低下、計算障害、記憶障害等である。</p>	-
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。）	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>脳静脈、脳静脈洞、内臓静脈等に血栓が生じる疾患であり、血小板減少を伴い、免疫学的機序が想定されている。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 局所症状（例：頭痛、霧視、錯乱、けいれん、息切れ、胸痛、下肢腫脹、下肢痛、持続的な腹痛）</p> <p><input type="checkbox"/> 出血傾向（例：接種部位以外の皮膚の内出血、点状出血）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 画像検査：静脈洞血栓、内臓静脈血栓 等</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査：血小板数減少、凝固異常(D-ダイマー、プロトロンビン時間、フィブリノゲン) 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>日本脳卒中学会、日本血栓止血学会編 アストラゼネカ社COVID-19 ワクチン接種後の血小板減少症を伴う血栓症の診断と治療の手引き・第2版 2021年6月 https://www.jsts.gr.jp/news/pdf/20210601_tts2_3.pdf</p>	28日
心筋炎	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>心筋炎は、心筋を主座とした炎症性疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性発症の胸痛）</p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、腹痛、咳嗽、発汗、めまい/失神、浮腫、発熱）</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 画像検査：心臓超音波検査、心臓MRI検査、冠動脈検査</p>	28日

	<p><input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB 等 <input type="checkbox"/> 心電図検査 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>日本循環器学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本心不全学会 急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン（2009年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf</p>	
心膜炎	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>心膜炎は、心臓周囲の膜である心膜に炎症が起こる疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性発症の胸痛） <input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、嘔気/嘔吐/下痢、咳嗽、発汗、浮腫、発熱）</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 画像検査：心臓超音波検査、胸部CT検査 等 <input type="checkbox"/> 血液検査：CRP、ESR、D-ダイマー 等 <input type="checkbox"/> 心電図検査</p>	28日
熱性けいれん	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>主に乳幼児期に起こる発熱に伴うけいれんである。中枢神経系感染症などの明らかな原因が認められないもの。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> けいれん、または脱力・一点凝視・眼球上転等の発作症状 等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 検温 <input type="checkbox"/> 血液検査 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>日本小児神経学会熱性けいれん診療ガイドライン策定委員会 熱性けいれん診療ガイドライン 2015 https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33</p>	7日

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 (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)	性別	1 男 2 女	接種時 年齢	歳 月			
	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			
接種場所	住 所								
	医療機関名								
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したもの記載)	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 (患者が乳幼児の場合に記載)			
	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。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレ症候群、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。							
	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・徵候・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 重い 2 重くない	1 死亡 5 入院 6 上記1～5に準じて重い	2 障害 病院名: 平成・令和 年 月 日 入院／平成・令和 年 月 日 退院	3 死亡につながるおそれ 医師名:	4 障害につながるおそれ 7 後世代における先天性の疾病又は異常				
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								

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
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
麻しん 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 28日 24時間 28日 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 热性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

<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できますが、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、記載いただかなくて結構です。
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。
 - ・広範な慢性の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の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っては、接種後に広範な慢性の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っては、接種後に広範な慢性の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。)にあっては、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て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て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考してください。
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)

急性散在性脳脊髄炎(ADEM)調査票

1. 組織病理診断	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> びまん性または多発性の脱髓部位がみられる
		<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 未実施	
	<input type="checkbox"/> 不明	
2. 臨床症状	(1) 該当項目を全て選択	
	<input type="checkbox"/> 炎症性脱髓が原因と推定される	
	<input type="checkbox"/> 初めての事象である(先行するワクチン接種の有無を問わない)	
	<input type="checkbox"/> これまでに、下記にあげるような中枢神経系の脱髓疾患の既往がある	
	<input type="checkbox"/> ADEM <input type="checkbox"/> 横断性脊髄炎 <input type="checkbox"/> 視神経炎 <input type="checkbox"/> 視神經脊髓炎	
	<input type="checkbox"/> 多発性硬化症	
	<input type="checkbox"/> clinically isolated syndrome(多発性硬化症における臨床的に初発の段階)	
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 臨床的に多巣性の中枢神経系の障害(事象)である	
	<input type="checkbox"/> 発熱により説明できない脳症(意識の変容や行動変化)	
	<input type="checkbox"/> 不明	
	(2) 中枢神経系に帰することのできる限局性または多発性所見について、該当項目を全て選択	
以下のいずれかの症状が初めて発現した日(平成・令和 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 脳症(例:意識レベルの低下または変容、嗜眠、または人格変化が24時間以上続く)		
<input type="checkbox"/> 限局性皮質徵候(失語症、失認症、失書症、皮膚盲などを含むが、これらに限らない)		
<input type="checkbox"/> 脳神経の単一または複数の異常		
<input type="checkbox"/> 視野の単一または複数の欠損(小児であれば、他覚的な眼科的検査の代用も可能である)		
<input type="checkbox"/> 原始反射(バビンスキー徵候、眉間反射、口とがらし反射または吸引反射)の存在		
<input type="checkbox"/> 運動麻痺(広汎性または限局性、限局性である場合が多い)		
<input type="checkbox"/> 感覚異常(感覚レベルはある場合も、ない場合もある)		
<input type="checkbox"/> 深部腱反射の変化(反射減弱または亢進、反射の非対称性)		
<input type="checkbox"/> 小脳の機能障害(運動失調症、測定障害、小脳性眼振など)		
<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 不明		
3. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		該当項目を全て選択
		びまん性または多発性の白質病変が、T2強調画像・拡散強調画像(DWI)、もししくはFLAIR画像(T1強調画像によるガドリニウム増強はあってもなくてもよい)において認められる
		<input type="checkbox"/> 以下のような所見がある。(認められる所見を全て選択)
		<input type="checkbox"/> 大脳白質優位の、びまん性、境界不鮮明で、大きな(>1-2cm)病変を認める
		<input type="checkbox"/> 白質のT1低信号病変を認めない
		<input type="checkbox"/> 深部灰白質病変(例:視床または基底核)を認める
		<input type="checkbox"/> 以下の多発性硬化症のMRI基準の二つとも、もしくはいずれかを満たさない
		<MRIによる空間的多発の証明> 4つの中枢神経領域(脳室周囲、皮質直下、テント下、脊髄)のうち少なくとも2つの領域にT2病変が1個以上ある(造影病変である必要はない。脳幹あるいは脊髄症候を呈する患者では、それらの症候の責任病巣は除外する。)
	<MRIによる時間的多発の証明> 無症候性のガドリニウム造影病変と無症候性の非造影病変が同時に存在する(いつの時点でもよい。)。あるいは基準となる時点のMRIに比べてその後(いつの時点でもよい。)に新たに出現した症候性または無症候性のT2病変及び/あるいはガドリニウム造影病変がある。	
<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 未実施		
<input type="checkbox"/> 不明		

	発症から最終観察までの期間　か月	
4. 疾患の経過	疾患は単相パターンである(該当項目を全て選択)	
	<input type="checkbox"/> 症状のナディア(臨床症状が最悪である時期)から最低3か月以内の再発がない	
	<input type="checkbox"/> 発症後の3か月以内には臨床症状や画像上の変動はあってもよいが、3か月以降は症状の再発はない	
	疾患の単相パターンを示すには観察期間が不十分である(該当項目を全て選択)	
<input type="checkbox"/> 症状のナディアから最低3か月以内の再発がないことを記録するには追跡期間が不十分である		
<input type="checkbox"/> 発症後の観察期間が3か月以内である		
<input type="checkbox"/> 不明		
5. 鑑別診断	該当項目を全て選択	
	<input type="checkbox"/> 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する	
	<input type="checkbox"/> 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した	
	<input type="checkbox"/> MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない	
	<input type="checkbox"/> 不明	
6. 髄液検査	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和　年　月　日)
		細胞数(　)/ μ L　　糖(　)mg/dL　　蛋白(　)mg/dL
		オリゴクローナルバンド
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 未実施	IgGインデックスの上昇
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> その他(　)
<input type="checkbox"/> 不明		
7. 自己抗体の検査	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和　年　月　日)
		抗AQP4抗体
		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
		抗MOG抗体
	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	
	<input type="checkbox"/> その他(　)	
	<input type="checkbox"/> 未実施	
<input type="checkbox"/> 不明		

ギラン・バレ症候群(GBS)調査票

	<p>① 以下の臨床症状について該当項目を全て選択</p> <p><input type="checkbox"/> 両側性かつ弛緩性の上肢や下肢の筋力低下(発現日 平成・令和 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 筋力低下を来たした上肢や下肢における深部腱反射の低下または消失</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
	<p>② 報告時点までの、症状の極期におけるHughesの機能尺度分類 (当てはまるものを一つ選択)</p> <p><input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽微な神経症候を認める <input type="checkbox"/> 2:歩行器、またはそれに相当する支持なしで5mの歩行が可能 <input type="checkbox"/> 3:歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能 <input type="checkbox"/> 4:ベッド上あるいは車椅子に限定(支持があっても5mの歩行が不可能) <input type="checkbox"/> 5:補助換気をする <input type="checkbox"/> 6:死亡 <input type="checkbox"/> 不明</p>		
1. 臨床症状			
2. 疾患の経過	<p><input type="checkbox"/> 単相の疾患パターンを有し、筋力低下の発現から最悪の状態までの間隔が12時間から28日間であつて、その後に臨床的安定期を迎えた (報告時点までの内容を元に選択)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日)</p>		
	<p><input type="checkbox"/> GBSと一致する (該当項目を全て選択)</p> <p><input type="checkbox"/> 運動神経伝導速度の低下 <input type="checkbox"/> 遠位潜時の延長 <input type="checkbox"/> 異常な時間的分散</p> <p><input type="checkbox"/> 伝導ブロック <input type="checkbox"/> M波振幅の低下 <input type="checkbox"/> F波出現頻度の低下</p> <p><input type="checkbox"/> F波潜時の延長 <input type="checkbox"/> その他、GBSに合致する所見</p>		
3. 電気生理学的検査	<p><input type="checkbox"/> GBSとは一致しない</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 未実施</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
4. 髄液検査	<p><input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日)</p>		
	<p>細胞数 ()/μL 糖 ()mg/dL 蛋白 ()mg/dL</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離あり 検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇 および、50細胞/μLを下回るCSF総白血球数</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離なし</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 未実施</p>		
<p><input type="checkbox"/> 不明</p>			
5. 鑑別診断	<p>別表に記載されている疾患等の他の疾患に該当しない(別表参照)</p>		
	<p><input type="checkbox"/> はい</p>		
	<p><input type="checkbox"/> いいえ 該当疾患名()</p>		
6. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	<p><input type="checkbox"/> 実施</p>	<p>検査日(平成・令和 年 月 日)</p>	
		<p>該当項目を全て選択</p>	
		<p><input type="checkbox"/> 脊髄灰白質病変</p>	
		<p><input type="checkbox"/> 馬尾の造影病変</p>	
	<p><input type="checkbox"/> その他 部位() 所見()</p>		
<p><input type="checkbox"/> 未実施</p>			
<p><input type="checkbox"/> 不明</p>			

7. 自己抗体の検査	□ 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		抗GM1抗体 □ 陽性 □ 陰性
		抗GQ1b抗体 □ 陽性 □ 陰性
		□ その他()
	□ 未実施	
	□ 不明	
8. 先行感染の有無	□ あり	発症日(平成・令和 年 月 日) 下記症状のうち、いずれか早い日を記載
		□ 発熱
		□ 上気道炎
	□ 下痢	
□ その他()		
□ なし		
□ 不明		

(別 表)

疾患の部位	疾患名
頭蓋内	がん性髄膜炎 脳幹脳炎
脊髓	梗塞、脊髓炎、圧迫
脊髓の前角細胞	脊髓灰白質炎(ポリオウイルス、ウェストナイルウイルス、他のウイルス)
脊髄神経根	慢性炎症性脱髓性多発ニューロパシー 馬尾圧迫
末梢神経	高マグネシウム血症や低リン血症などの代謝障害 ダニ麻痺症 ヒ素、金、タリウムなどの重金属毒性 薬物誘発性ニューロパシー(ビンクリスチン、プラチナ化合物、ニトロフラントイソ、パクリタキセルなど) ポルフィリン症 重篤疾患ニューロパシー(Critical Illness Neuropathy) 血管炎 ジフテリア
神経筋接合部	重症筋無力症 有機リン中毒 ボツリヌス中毒
筋肉	重症疾患ミオパシー(Critical Illness Myopathy) 多発性筋炎 皮膚筋炎 低/高カリウム血症

予防接種に係る誤接種報告書

医療機関	住所		連絡先(TEL)	
	医療機関名		代表者名	
	実施医師名			
被害者 (対象者)	住所			
	名前		性別	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (接種日時点の年齢 歳 か月)
	保護者名			
誤接種の内容	接種日 年 月 日		ワクチンの種類	
	メーカー		ロット番号	
	概要			
事実経過 (健康被害の有無も含めて)				
原因 (問題点等)				
対策 (改善策)				
被害者(保護者) への対応結果				

上記のとおり報告します。

年 月 日

福山市長様
(保健予防課)

医療機関名

代表者名

印

証明書確認項目欄の記入例

福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

住 所	福山市	診察前の体温	度 分
フ リ ガ ナ		生 年 月 日 (年 齢)	大正・昭和 (満 歳)
名 前		性 別	男 · 女
		電 話 番 号	() -

*次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②免許証 ③その他公的書類

福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
- ② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所通段階が1~3段階に限る。)
- ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
- ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの)
- ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)



質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
インフルエンザの予防接種について、医療機関に置いている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
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言われましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
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。()	はい いいえ	
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りことがありますか。	はい いいえ	
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったりすることはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったりすることはありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。 病名()	はい いいえ	
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言われましたか。	はい いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	
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(可能・見合わせる)*どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 [印]	
該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/>	□60歳以上65歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。	

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)	
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などについて理解した上で、接種を希望しますか。	接種を(希望します・希望しません)*どちらかを○で囲む。
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、この予診票が市に提出されることに同意します。	本人署名 <small>※必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)</small>
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。	代筆者名前 続柄

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	□ 0.5ml □ ml	実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日 保予- 2025.7.×

* この予診票は、福山市保健予防課で保管します。

被接種者より、次のいずれかの書類の提示、又は確認ができた場合は、「番号記入欄」に該当の番号を記入してください。

・市民税非課税の「証明書(医療機関用)」
…①を記入

・「介護保険料決定通知書」、又は「特別徴収額決定通知書」
…②を記入

・「後期高齢者医療資格確認書」
…③を記入

・中国残留邦人等の支援給付受給者に係る、写真付きの「本人確認証」
…④を記入

・生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」
…⑤を記入

※証明書の年度及び有効期限の確認をお願いします。

●各証明書(原本又はコピー)を保健予防課へ提出する必要はありません。「番号記入欄」への記入を確実にお願いします。

●原本は被接種者へ返却してください。高齢者インフルエンザ接種時に取得した証明書を、他の高齢者定期接種時に再度利用していただくことができます。※接種時の年齢にご注意ください。

記入例 II

予診票記入例（対象者本人が署名する場合）

福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票		診察前の体温	度 分
住所	福山市	生年月日 (年齢)	大正・昭和 年月日 (満歳)
フリガナ		性別	男・女
名前		電話番号	() -
*次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②免許証・その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。 ①市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」 ②介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1~3段階に属る) ③「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの) ⑤生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)			
質問事項 インフルエンザの予防接種について、医療機関に置いている説明書を読みましたか。 インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 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言われましたか。 免疫不全と診断されたことがありますか。 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。() 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りすることがありますか。 今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったりすることはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったりすることはありますか。 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() 心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。 病名() 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言われましたか。 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名() 今日の予防接種について質問がありますか。		回答欄	医師記入欄
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(可能・見合わせる) *どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名又は記名押印		
該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/>	□60歳以上65歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。		
インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)			
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などについて理解した上で、接種を希望しますか。		接種を(希望します・希望しません) *どちらかを○で囲む。 本人署名	
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、この予診票が市に提出されることに同意します。			
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との統柄を記載してください。		代筆者名前	統柄
ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日	
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	□ 0.5ml □ ml	実施医療機関名 医師名 接種年月日	年 月 日 保予- 2025.7.×

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管されました。

接種時の体温を記入。

接種時に対象者が記入。

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名(直筆)
又は
ゴム印+朱印

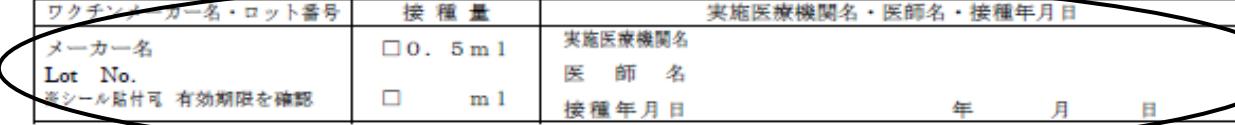
対象者が該当するほうを○で囲む。

対象者が署名(直筆)

接種後に医療機関で記入。
なお、メーカー名・Lot No.についてはシールの貼付可。

記入例Ⅲ

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票		診察前の体温	度 分
住所	福山市	生年月日 (年齢)	大正・昭和 年月日 (満歳)
フリガナ		性別	男・女
名前		電話番号	() -
*次の質問により皆氏であることを確認してください。①保険証・受給者証・児児育休・②その他公的書類 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。 ①市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」 ②介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1~3段階に限る) ③「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」 ④中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの) ⑤生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)			
		接種時の体温を記入。	
		 記号記入欄	
質問事項		回答欄	追記欄
インフルエンザの予防接種について、医療機関に置いている説明書を読みましたか。		はい いいえ	
インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。		はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療(投薬など)を受けていますか。		はい いいえ	
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言われましたか。		はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。		はい いいえ	
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。() 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りすることがありますか。		はい いいえ	
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったりすることはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったりすることはありますか。		はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()		はい いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。 病名() 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言われましたか。		はい いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかってきましたか。 病名()		はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。		はい いいえ	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 可能・見合わせる *どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 		
該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/>	□60歳以上65歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。		
インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください) 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などについて理解した上で、接種を希望しますか。 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、この予診票が市に提出されることに同意します。 ※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に 本人の名前 を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。			
ワクチンメーカー名・ロット番号 メーカー名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	接種量 <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> ml	実施医療機関名・医師名・接種年月日 医師名 接種年月日 年月日 <small>保付 2025.7.×</small>	
<small>※この予診票は、福山市保健予防課で保管します。</small>			
			
接種後に医療機関で記入。 なお、メーカー名・Lot No.についてはシールの貼付可。			

見本Ⓐ

介護保険料のお知らせ(介護保険料決定通知兼納入通知書兼特別徴収開始通知書)

720-8501

福山市
東桜町3番5号

接種する月の所得段階が01~03
(生活保護を受けている人又は世帯全員が
市民税非課税の人)の場合、個人負担金
が免除になります。

通知書番号

あなたの介護保険料を、次のとおり決定
いたしました。お知らせします。

年度ご確認ください。
(2024年度又は2025年度のもの
が対象です。)

年度(年度) 保険料額

保険料額(年額) 円

1 保険料の算定方法

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
所得段階	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

※保険料は、
所得段階別保険料×所得段階月数
で算出されます(100円未満は切り捨て)。

12

※詳しくは裏面を御覧ください。

合計所得金額(円)※
公的年金収入と他の所得の合計(円)※
本人の市民税課税状況

世帯の市民税課税状況
生活保護
老齢福祉年金

2 納付月別保険料

普通徴収の納期限(口座振替の場合は口座振替日)は、納付月の月末
(12月は25日)(月末が土・日・祝日の場合は、金融機関の翌営業日)と
なります。

月	保険料(円)	
	普通徴収	特別徴収
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		
計		
合計額(円)		

翌年度4月・6月の特別徴収額

年金支給月	特別徴収額(円)
4月	
6月	

3 保険料納付方法等

あなたのこれからの保険料納付方法等

保険料徴収方法

特別徴収義務者

特別徴収対象年金

※特別徴収は、年金から差し引かれます。

※普通徴収は、納付書又は口座振替で納めます。

普通徴収の場合の振替口座

金融機関名

支店名

種目

口座番号

口座名義人

裏面も御覧ください▶▶▶

見本(B)

後期高齢者医療資格確認書								
		有効期限 令和 年 月 日						
		交付年月日 令和 年 月 日						
被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8						
被保険者	住 所	福山市東桜町3番5号						
	氏 名	福山 太郎					男	
	生年月日	昭和24年 12月 2日						
資格取得年月日		令和 年 月 日						
負担割合 発効期日	割							
	令和 年 月 日							
任意記載事項	適用区分	区 I						
	発効期日	令和 年 月 日						
	長期入院 該当日	令和 年 月 日						
	特定疾病 区分 発効期日							
保険者番号 並びに保険 者 の 名 称 及 び 印		[Redacted]				印		

- マイナ保険証をお持ちでない場合に発行されます。
「任意記載事項」の「適用区分」欄に「区 I」又は「区 II」と記載されている場合は、個人負担金免除の対象となります。
- マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認により、適用状況が確認できる場合には、原本の提示を求める必要はありません。

証明書(医療機関用)

住 所

名 前

取得日によっては、次の枠内に「帯状疱疹」の記載がない証明書を持参される場合がありますが、「2024年度（令和6年度）（又は2025年度（令和7年度））市民税が非課税」の記載があれば、有効な証明書として取り扱ってください。

上記の者の世帯は、2025度（令和7年度）市民税が非課税です。

※この証明書は、上記の者が健康診査、高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・肺炎球菌・帯状疱疹予防接種を受ける際に使用するものです。

※健康診査及び高齢者肺炎球菌・帯状疱疹予防接種の場合、この証明書の有効期限は2026年（令和8年）5月31日です。

上記のとおり相違ないことを証明します。

2025年（令和7年）月 日

福山市長 枝広 直幹

休日・夜間等受診票

この受診票に記載してある世帯員だけ医療券を発行します。

年月日

名 前	福山市
住 所	
有 效 期 限	年 (年) 4月 1日 から 年 (年) 3月 31日 まで

有効期限をご確認ください

福山市福祉事務所長

【指定医療機関へのお問い合わせ】
この受診の窓口に、提示する場合には、休日・夜間等であります。
この受診の窓口に、提示する場合には、休日・夜間等であります。
この受診の窓口に、提示する場合には、休日・夜間等であります。
この受診の窓口に、提示する場合には、休日・夜間等であります。

連絡先	本島県福山市東桜町3番5号 電話番号: 084-928-1067
担当 地区相当員	福山市生活福祉課 第一担当

見本④

見本(E)

本人確認証		福生福第 号	(注意)
前 名 性 住	年月日 別 所	写真 (3cm×2.5cm)	<p>(1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。</p> <p>(2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出て下さい。</p> <p>(3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。</p> <p>①御本人が支援給付を受けなくなつたとき。</p> <p>②確認証の記載事項に変更があつたとき。</p> <p>③確認証の有効期間が満了したとき。</p> <p>④確認証が使用に耐えなくなったとき。</p> <p>⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。</p> <p>(4) 医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に提示して下さい。</p>
前 名 性 住	年月日 別 所	上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住 帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律 (平成6年法律第30号)に基づく支援給付の支給決定されていることを証明 する。	発行日 年(年)月 日 福山市長  この確認証の有効期間は、年(年)月 日までとする。 から 年(年)月 日
90010			

有効期間をご確認ください