

# 福山市

## 高齢者新型コロナウイルス感染症

### 予防接種実施要領

2025年度（令和7年度）

（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・同時接種	
12 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種に 使用するワクチン等について	P 5
13 予防接種の実施	
14 予防接種後副反応疑い報告について	
15 予防接種に係る間違いの防止について	P 6
16 他市町村住民の接種について	P 7
17 予防接種の実施報告について	P 8
18 その他	P 9
19 資料等	P 10

福 山 市

## 1 予防接種の種類

### 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種

新型コロナウイルス感染症は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）のB類疾病に位置づけられ、その予防接種は個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的として行うものであり、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）3月31日（火）

※高齢者インフルエンザ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、上記の医療機関内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、巡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①・②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です。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】の提示を求める等、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・聴覚障がい等は除く。）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等の住所・年齢を確認できる書類

## 5 接種の回数

1人につき実施期間内に1回とします。

## 6 予防接種料金（個人負担金）

- 1件につき4,700円とします。
- 次の①の証明書は、原則④介護保険料決定通知書又は特別徴収額決定通知書（7月に送付済み）又は⑤後期高齢者医療資格確認書を確認してください。また、接種希望者から証明書に関する質問があった際は、予診票等に同封の見本を使用して、④又は⑤の持参を推奨してください。
- 次の①・②・③のいずれかに該当し、接種時に【証明書】を提示した場合は個人負担金免除となります。（以降、①・②・③の個人負担金免除者を「低所得者」といいます。）  
※ 【証明書】の提出、医療機関での回収は不要です。提示された【証明書】を確認し、予診票の確認項目欄へ記入してください。（別添見本参照）
- 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>Ⓐ 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。) 又は</p> <p>Ⓑ 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。) ※ 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>Ⓒ 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>

<p>② 生活保護法による生活保護受給者</p>	<p><b>⑩ 休日・夜間等受診票</b> (接種日時点で、有効であるものに限る。)</p>
<p>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</p>	<p><b>⑪ 写真付の本人確認証</b> (接種日時点で、有効であるものに限る。)</p>

## 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「医師記入欄」の「医師署名又は記名押印」の箇所は、原則として予診を行った医師が自筆で署名してください。なお、ゴム印等で記名する場合は、必ず医師の押印を行ってください。（予診票最下段の実施医療機関名等の欄の医師名については、ゴム印の記名のみで可）

## 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（一般的に予診時の体温が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 新型コロナウイルス感染症に係る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あることが明らかな者
  - ④ 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新型コロナウイルス感染症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を有する者
  - ② 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 過去に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
  - ⑥ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者

※ 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等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く、対象者本人の意思で接種を希望している場合に実施するものとなります。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する文書(予診票)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の適切な説明を行い、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、家族等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が認められます。しかし、対象者本人が接種を希望していない場合、また明確に対象者の意思を確認できない場合には、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：対象者本人が「本人署名」欄に署名します。(記載例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、保健予防課と個別協議するものとします。

## 10 施設入所者について

施設入所中の対象者については、施設長等の判断で一律に接種を行うのではなく、対象者の意思を個別に確認した上で、接種を希望する者に対してのみ接種を行うことになります。

## 11 他の予防接種との接種間隔・同時接種

新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

## 1 2 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種に使用するワクチン等について

- ① 本事業で使用する新型コロナ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御用意ください。
- ② 新型コロナワクチンについては、2025/2026シーズン用のものとして「国の審議会の推奨事項である『1価のJN.1、KP.2若しくはLP.8.1に対する抗原又は令和7年5月現在流行しているJN.1系統変異株に対して、広汎かつ頑健な中和抗体応答又は有効性が示された抗原を含むこと』に対応するワクチンとして薬事承認を受けたもの」に対応するワクチンを使用してください。該当しない新型コロナワクチンを使用した接種は、市が実施する高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種の対象になりません。
- ③ 予診票及び予防接種済証は、昨年度の実績を参考に送付します。追加の用紙が必要な場合は、原則として福山市のホームページからダウンロードして印刷し、使用してください。また、保健予防課へ御連絡いただければ郵送します。

## 1 3 予防接種の実施

- ① 法、法施行令（昭和23年政令第197号）、法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）及び予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）等（以下「法令等」という）を確認の上、接種を実施してください。
- ② 国が定める「定期予防接種実施要領」の「12 接種時の注意」に順じ、予防接種を行うに当たって遵守する事項に則って接種を行ってください。
- ③ ワクチン等の使用に当たっては、その種類、添付文書、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。
- ④ 新型コロナウイルス感染症の予防接種は、原則として上腕の三角筋部に筋肉内注射により行います。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認してください。
- ⑤ 新型コロナワクチンの接種量は、ワクチンの種類によって異なるため、使用するワクチンの添付文書を確認し、その指示通りに接種を行ってください。
- ⑥ 予診票は、市が配付する所定のものを使用してください。
- ⑦ 接種後は、予診票にワクチン名・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。ワクチン名・ロット番号欄については、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。
- ⑧ 接種後は、「高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種済証」を交付してください。

## 1 4 予防接種後副反応疑い報告について

法の規定による副反応疑い報告については、「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」（平成25年3月30日健発0330第3号、薬食発0330第1号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）を参照に、報告基準を満たす予防接種に起因する疑いのある副反応を診断した場合は、速やかに電子報告システムを用いて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）に報告してください。

なお、電子的な報告が困難な場合は、予防接種の種類に関わらず次の書類を用いて、FAX(FAX番号:0120-176-146)により同機構に報告を行ってください。

また、機構への報告に際し、福山市への連絡は不要です。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。

- ・「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）」

加えて、診断した副反応について、次の症状が疑われる場合には、上記の報告書等に加え、それぞれの調査票も併せて作成し、報告してください。

- ・急性散在性脳脊髄炎（ADEM）の場合には「急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票（資料③-3）」、ギラン・バレ症候群（GBS）の場合には「ギラン・バレ症候群（GBS）調査票（資料③-4）」、血栓症（TTS）の場合には「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。）（TTS）調査票（資料③-5）」、心筋炎の場合には「心筋炎調査票（資料③-6）」及び心膜炎の場合には「心膜炎調査票（資料③-7）」（心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合にあっては、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。）

## 1.5 予防接種に係る間違の防止について

法令やワクチンの添付文書の説明事項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の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等、予防接種に係る間違が発生した場合は、速やかに間違の概要を保健予防課へ電話（TEL：084-928-1127）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）」を御提出ください。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ので、御留意ください。

## 1.6 他市町村民の接種について

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。接種希望者の住所地（住民票のある市町村）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 (新型コロナワクチン)	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、改めての連絡は不要です。）
- 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、広域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。（福山市への報告は不要です。）
- ③ 広域予防接種及び予防接種依頼書に基づく予防接種による健康被害への対応については、予防接種券又は予防接種依頼書を発行した被接種者の住民票のある市町村が行います。
- ④ 予防接種依頼書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等を含めた接種料金（医療機関で定める任意の料金）を徴収してください。
- ⑤ 予防接種依頼書の持参者に係る接種の報告は、予防接種実施医療機関から、依頼のあった市町村の担当部署へ直接行ってください。（福山市への報告は不要です。）

- ⑥ 福山市民以外の高齢者新型コロナウイルス感染症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てください。(被接種者は、住所地の市町村長から予防接種券又は予防接種依頼書の発行を受け、それが手元に届き次第、医療機関に提出して接種を行います。)

## 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、予診票と併せて下表のとおり提出してください。

また、「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も含む。)」についても、委託料の支払対象となりますので、接種済みの予診票と併せて、接種を見合わせた者の予診票を提出してください。ただし、「予診のみ」で委託料の支払対象となるのは、1人につき1日1回のみです。

なお、記入方法については、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)の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 ただし、3月実施分については3月31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 ⇒ ハ 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
提出書類	※郵送で提出する場合 → 保健予防課 (TEL: 928-1127) (所属医師会等に関わらず) 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号
備考①	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②	・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。(ただし最終報告期限は、2026年(令和8年)3月31日とします。) ・最終報告(2026年3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。
備考③	・他のB類定期予防接種(高齢者肺炎球菌、インフルエンザ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。

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>・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。</p>
--	---

- (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修正・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。

## 1.8 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、法令等、「定期予防接種実施要領」及び「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) 個人負担金の免除に必要な証明書類は、次のとおり取得できます。
- ・「介護保険料決定通知書又は特別徴収額決定通知書（見本Ⓐ）」、「休日・夜間等受診票（見本Ⓓ）」及び「写真付の本人確認証（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。
  - ・「後期高齢者医療資格確認証（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。
  - ・「市民税非課税世帯の証明書（医療機関用）（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。

## 1.9 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③-5 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。）（TTS）調査票

資料③-6 心筋炎調査票

資料③-7 心膜炎調査票

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Ⓑ 後期高齢者資格確認証

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（TEL：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		件数 (予診票枚数)	委託料請求 対象件数(②)	
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	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	件
		低所得者	件						
高齢者 インフルエンザ	ワク チ ン 組 換 え ン	低所得者 以外	件	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	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		予診のみ (診療に移行したものを含む。)		総合計 (①+②)	
高齢者 肺炎球菌	個人 負担金 区分	接種済み		件数 (予診票枚数)	委託料請求 対象件数(②)		
		合計 (①)	年齢内訳	60歳～65歳 未満の方	65歳以上		
高齢者 肺炎球菌	低所得者 以外	件	低所得者以外の予診票の枚数を記入		件	件	
	低所得者	件	低所得者の予診票の枚数を記入		件		
高齢者 帯状 疱疹	低所得者 以外	件	予診票の年齢区分(60歳～65歳未満と 65歳以上)による内訳を記入 ※「予診のみ」の件数は除く。	件	件	件	
	低所得者	件					
高齢者 インフルエンザ	低所得者 以外	件	予診の結果、予防接種を見合 わせた予診票の枚数を記入	件	件	件	
	低所得者	件					
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	低所得者 以外	件	委託料の支払い件数の合計となる①(接 種済み合計件数)と②(予診のみの委託料 請求対象件数)の合計を記入		件	件	
	低所得者	件			件		
合 計 (予診票枚数と一致)		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

## 別紙2

### 2025年度（令和7年度）予防接種委託単価表

（接種1件当たり）

種 別	区 分	委託単価 (消費税込み)	予防接種料金 (個人負担金) 消費税の課税なし
高齢者 新型コロナウイルス感染症 予防接種	低所得者以外	10,900円	4,700円
	低所得者(※)	15,600円	0円
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

● 委託単価はワクチン代等相当額を含んでいます。

予防接種に必要な新型コロナワクチン及び接種用具等は、医療機関で直接購入してください。

● 「予診のみ」の場合、所得区分に関わらず対象者の自己負担はありません。

「予診のみ」の場合で委託料の支払い対象となるのは、1人につき1日1回のみです。

他のB類定期予防接種（高齢者インフルエンザ等）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件となります。

## 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 0.2 mV 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 10 ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0 mg/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  $O_2$  分圧が 50 Torr 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/ $\mu$ 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/ $\mu$ 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 12 g/dl 未満、女性 11 g/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/ $\mu$ 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/m l 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°C 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カ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カ月以内のワクチン接種」については、症状の発生から1カ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（キャッチャップ接種を含む。）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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf</a></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）  <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  <input type="checkbox"/> 血液検査</p>	
肝機能障害	<p><u>疾病概要：</u>          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）  <input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大）  <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>          重篤副作用疾患別対応マニュアル：薬物性肝障害  <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf</a></p>	28日
間質性肺炎	<p><u>疾病概要：</u>          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）  <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  <input type="checkbox"/> 培養検査（血液、喀痰）  <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>          重篤副作用疾患別対応マニュアル：間質性肺炎  <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf</a></p>	28日
急性散在性 脳脊髄炎 (A DEM)	<p><u>疾病概要：</u>          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）  <input type="checkbox"/> 脊髄症状（例；対麻痺、病的反射）  <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  <input type="checkbox"/> 血液検査；白血球增多、赤沈亢進  <input type="checkbox"/> 髄液検査；リンパ球優位の細胞数增多  <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>          重篤副作用疾患別対応マニュアル：急性散在性脳脊髄炎  <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf</a></p>	28日
急性汎発性 発疹性膿疱 症	<p><u>疾病概要：</u>          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）  <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</p> <p><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 急性汎発性発疹性膿疱症 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf</a></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>： <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>： <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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf</a></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>： <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>： <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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf</a></p>	7日 (麻しん、風しんは、21日)
血管炎	<p><u>疾病概要</u>： 非特異性の炎症性変化で、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>： <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>： <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>： <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"> <li><input type="checkbox"/> 紫斑</li> <li><input type="checkbox"/> その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血）等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血液検査：血小板の減少等</li> </ul>	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"> <li><input type="checkbox"/> 疼痛                   <input type="checkbox"/> 感覚異常</li> <li><input type="checkbox"/> 筋力低下           <input type="checkbox"/> 排尿困難等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査等</li> </ul>	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"> <li><input type="checkbox"/> 視力低下           <input type="checkbox"/> 中心暗点</li> <li><input type="checkbox"/> 眼球運動痛等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 視力検査           <input type="checkbox"/> 眼底検査           <input type="checkbox"/> 視野検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査等</li> </ul>	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"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、頭痛、恶心・嘔吐等）</li> <li><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）</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、BCG の検出等</li> </ul>	-
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"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、咳嗽）</li> <li><input type="checkbox"/> リンパ節腫脹</li> <li><input type="checkbox"/> 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等）等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液）</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査：炎症所見</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査：リンパ節腫大、空洞病変、粟粒陰影等</li> </ul>	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"> <li><input type="checkbox"/> 呼吸症状 (例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ) 等</li> </ul>	24時間

	<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）  <a href="https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf">https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf</a></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 热性けいれん診療ガイドライン 2015  <a href="https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33">https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33</a></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・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 重い 2 重くない	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							
		5 入院	病院名: 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								
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・パレ症候群 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・パレ症候群 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・パレ症候群 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・パレ症候群 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・パレ症候群 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 —	

## &lt;注意事項&gt;

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あります。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	□ 実施	□ びまん性または多発性の脱髓部位がみられる	
		□ その他( )	
	□ 未実施		
	□ 不明		
2. 臨床症状	① 該当項目を全て選択		
	□ 炎症性脱髓が原因と推定される		
	□ 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)		
	□ 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		
	□ ADEM □ 横断性脊髄炎 □ 視神経炎 □ 視神経脊髄炎		
	□ 多発性硬化症		
	□ clinically isolated syndrome(多発性硬化症における臨床的に初発の段階)		
	□ その他( )		
	□ 臨床的に多巣性の中枢神経系の障害(事象)である		
	□ 発熱により説明できない脳症(意識の変容や行動変化)		
	□ 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)		
	□ 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)		
□ 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)			
□ 脳神経の単一または複数の異常			
□ 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)			
□ 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			
□ 運動麻痺(広汎性または限局性、限局性である場合が多い)			
□ 感覚異常(感覚レベルはある場合も、ない場合もある)			
□ 深部腱反射の変化(反射減弱または亢進、反射の非対称性)			
□ 小脳の機能障害(運動失調症、測定障害、小脳性眼振など)			
□ その他( )			
□ 不明			
3. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	□ 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	
		□ 以下のような所見がある。(認められる所見を全て選択)	
		□ 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	
		□ 白質のT1低信号病変を認めない	
		□ 深部灰白質病変(例:視床または基底核)を認める	
		□ 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。		
□ その他( )			
□ 未実施			
□ 不明			

<p>発症から最終観察までの期間 か月</p> <p>疾患は単相パターンである(該当項目を全て選択)</p> <p><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</p> <p><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</p>	
<p>4. 疾患の経過</p> <p>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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 発症後の観察期間が3か月以内である</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	
<p>該当項目を全て選択</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>	
6. 髄液�査	<p>検査日(平成・令和 年 月 日)</p> <p>細胞数( ) / <math>\mu</math> L 糖( ) mg/dL 蛋白( ) mg/dL</p> <p>オリゴクローナルバンド</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p>IgGインデックスの上昇</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>
	<input type="checkbox"/> 実施
	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 不明
7. 自己抗体の検査	<p>検査日(平成・令和 年 月 日)</p> <p>抗AQP4抗体</p> <p><input type="checkbox"/> 陽性</p> <p><input type="checkbox"/> 陰性</p> <p>抗MOG抗体</p> <p><input type="checkbox"/> 陽性</p> <p><input type="checkbox"/> 陰性</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>
	<input type="checkbox"/> 実施
	<input type="checkbox"/> 未実施
	<input type="checkbox"/> 不明

## ギラン・バレ症候群(GBS)調査票

1. 臨床症状	<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</p> <p><input type="checkbox"/> 1:軽微な神経症候を認める</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 3:歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 5:補助換気を要する</p> <p><input type="checkbox"/> 6:死亡</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
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>		
	<p><input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日)</p>		
	<p>細胞数 ( )/<math>\mu</math>L 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/<math>\mu</math>Lを下回るCSF総白血球数)</p> <p><input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離なし</p>		
4. 髄液検査	<p><input type="checkbox"/> 未実施</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
	<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> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>		
5. 鑑別診断	<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"/> 実施</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>		
6. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	<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"/> 実施</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
脊髄	梗塞、脊髄炎、圧迫
脊髄の前角細胞	脊髄灰白質炎(ポリオウイルス、ウエ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

## 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。)(TTS)調査票

「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。)」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いざれかの医師等から、報告するようお願ひいたします。

1. 臨床症状/所見	<p>※新型コロナワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を西暦で記載。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 意識障害 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 視覚異常(霧視、複視など) (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神症状 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 痤癩 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 半側空間無視 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 運動失調性歩行 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 脳症 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> うつ血乳頭 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 眼球運動異常 (年 月 日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 顔面麻痺 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 局所運動麻痺 (年 月 日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 片麻痺 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 脳の機能の局在に一致した神経症状 (年 月 日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸痛 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 血圧低下 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 頻脈 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> チアノーゼ (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 不整脈 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 息切れ (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 頻呼吸 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 咳血 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腹部膨満 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 血便 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 腹水 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝腫大 (年 月 日)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 下肢の腫脹 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 (年 月 日)</td> <td><input type="checkbox"/> 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td>(年 月 日)</td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> 意識障害 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 視覚異常(霧視、複視など) (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頭痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 精神症状 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 痤癩 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 半側空間無視 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 運動失調性歩行 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳症 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> うつ血乳頭 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 眼球運動異常 (年 月 日)		<input type="checkbox"/> 顔面麻痺 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 局所運動麻痺 (年 月 日)		<input type="checkbox"/> 片麻痺 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳の機能の局在に一致した神経症状 (年 月 日)		<input type="checkbox"/> 胸痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血圧低下 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻脈 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> チアノーゼ (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 不整脈 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 息切れ (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻呼吸 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 咳血 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 下痢 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 腹部膨満 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血便 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 腹水 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 肝腫大 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> その他 ( )			(年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	<input type="checkbox"/> 意識障害 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 視覚異常(霧視、複視など) (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頭痛 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> 精神症状 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 痤癩 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> 半側空間無視 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 運動失調性歩行 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳症 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> うつ血乳頭 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 眼球運動異常 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 顔面麻痺 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 局所運動麻痺 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 片麻痺 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳の機能の局在に一致した神経症状 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	<input type="checkbox"/> 胸痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血圧低下 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻脈 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> チアノーゼ (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 不整脈 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> 息切れ (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻呼吸 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 咳血 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 下痢 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	<input type="checkbox"/> 腹部膨満 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血便 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 腹水 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 肝腫大 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 (年 月 日)			<input type="checkbox"/> 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 (年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> その他 ( )			(年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
※発症日(上にチェックした症状のうち、いざれか早い日を記載。) 西暦 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
2. 検査所見	<table border="0"> <tr> <td colspan="3">初回検査日 (西暦 年 月 日)</td> <td>経過中の最低値<sup>*1</sup> または最高値<sup>*2</sup></td> </tr> <tr> <td colspan="12">&lt;血算&gt;</td> </tr> <tr> <td>スメアでの凝集所見</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 未実施</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>(</td> <td>/ <math>\mu</math> L)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td>(</td> <td><math>\times 10^4</math> / <math>\mu</math> L)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>血色素</td> <td>(</td> <td>g/dL)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td>(</td> <td>%)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>(</td> <td><math>\times 10^4</math> / <math>\mu</math> L)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>平時の血小板数*</td> <td>(</td> <td><math>\times 10^4</math> / <math>\mu</math> L)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="12">*把握が可能な場合のみ記載。</td> </tr> <tr> <td colspan="12">&lt;凝固系検査&gt;</td> </tr> <tr> <td>PT</td> <td>(</td> <td>秒)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>PT-INR</td> <td>(</td> <td>)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>APTT</td> <td>(</td> <td>秒)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>フィブリノゲン</td> <td>(</td> <td>mg/dL)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>D-ダイマー</td> <td>(</td> <td><math>\mu</math> g/mL)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>FDP</td> <td>(</td> <td><math>\mu</math> g/mL)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>抗血小板第4因子抗体 (抗PF4抗体)</td> <td colspan="11">検査日 (西暦 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>検査方法</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 陽性 ( )</td> <td><input type="checkbox"/> 陰性</td> <td><input type="checkbox"/> 未実施</td> <td><input type="checkbox"/> 検査中</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">(法) 例 ; ELISA法</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>抗HIT抗体 (抗PF4-ヘパリン複合体抗体)</td> <td colspan="11">検査日 (西暦 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>検査方法</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 陽性 (U/mL)</td> <td><input type="checkbox"/> 陰性</td> <td><input type="checkbox"/> 未実施</td> <td><input type="checkbox"/> 検査中</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">(法) 例 ; ラテックス凝集法、CLIA法</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>SARS-CoV-2検査</td> <td colspan="11">検査日 (西暦 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>検査方法</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 陽性</td> <td><input type="checkbox"/> 陰性</td> <td><input type="checkbox"/> 未実施</td> <td><input type="checkbox"/> 検査中</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">(PCR / LAMP)</td> <td><input type="checkbox"/> 抗原定性検査</td> <td><input type="checkbox"/> 抗原定量検査</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">( )</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>その他の特記すべき検査</td> <td colspan="11"> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし            検査日 (西暦 年 月 日)            ( )         </td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>												初回検査日 (西暦 年 月 日)			経過中の最低値 <sup>*1</sup> または最高値 <sup>*2</sup>	<血算>												スメアでの凝集所見	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未実施									白血球数	(	/ $\mu$ L)									赤血球数	(	$\times 10^4$ / $\mu$ L)									血色素	(	g/dL)									ヘマトクリット	(	%)									血小板数	(	$\times 10^4$ / $\mu$ L)									平時の血小板数*	(	$\times 10^4$ / $\mu$ L)									*把握が可能な場合のみ記載。												<凝固系検査>												PT	(	秒)									PT-INR	(	)									APTT	(	秒)									フィブリノゲン	(	mg/dL)									D-ダイマー	(	$\mu$ g/mL)									FDP	(	$\mu$ g/mL)									抗血小板第4因子抗体 (抗PF4抗体)	検査日 (西暦 年 月 日)											検査方法	<input type="checkbox"/> 陽性 ( )			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中									(法) 例 ; ELISA法																			抗HIT抗体 (抗PF4-ヘパリン複合体抗体)	検査日 (西暦 年 月 日)											検査方法	<input type="checkbox"/> 陽性 (U/mL)			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中									(法) 例 ; ラテックス凝集法、CLIA法																			SARS-CoV-2検査	検査日 (西暦 年 月 日)											検査方法	<input type="checkbox"/> 陽性			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中									(PCR / LAMP)											<input type="checkbox"/> 抗原定性検査	<input type="checkbox"/> 抗原定量検査							( )																	その他の特記すべき検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 (西暦 年 月 日) ( )																
	初回検査日 (西暦 年 月 日)			経過中の最低値 <sup>*1</sup> または最高値 <sup>*2</sup>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	<血算>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	スメアでの凝集所見	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未実施																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	白血球数	(	/ $\mu$ L)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	赤血球数	(	$\times 10^4$ / $\mu$ L)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	血色素	(	g/dL)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	ヘマトクリット	(	%)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	血小板数	(	$\times 10^4$ / $\mu$ L)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	平時の血小板数*	(	$\times 10^4$ / $\mu$ L)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	*把握が可能な場合のみ記載。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	<凝固系検査>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
PT	(	秒)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
PT-INR	(	)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
APTT	(	秒)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
フィブリノゲン	(	mg/dL)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
D-ダイマー	(	$\mu$ g/mL)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
FDP	(	$\mu$ g/mL)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
抗血小板第4因子抗体 (抗PF4抗体)	検査日 (西暦 年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
検査方法	<input type="checkbox"/> 陽性 ( )			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
(法) 例 ; ELISA法																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
抗HIT抗体 (抗PF4-ヘパリン複合体抗体)	検査日 (西暦 年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
検査方法	<input type="checkbox"/> 陽性 (U/mL)			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
(法) 例 ; ラテックス凝集法、CLIA法																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SARS-CoV-2検査	検査日 (西暦 年 月 日)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
検査方法	<input type="checkbox"/> 陽性			<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
(PCR / LAMP)											<input type="checkbox"/> 抗原定性検査	<input type="checkbox"/> 抗原定量検査																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
その他の特記すべき検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 (西暦 年 月 日) ( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

<p><b>超音波検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>撮影部位 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[ ]</p>	
<p><b>CT検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし</p> <p>撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[ ]</p>	
<p><b>MRI検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし</p> <p>撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[ ]</p>	
<p><b>3. 画像検査</b></p>	<p><b>血管造影検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>撮影部位 ( )</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[ ]</p>
	<p><b>肺換気血流シンチグラフィー</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[ ]</p>
<p><b>4. 外科的処置/病理学的検査</b></p>	<p><b>胸部X線検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> 示唆する所見あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※肺門部肺動脈拡張、末梢肺血管陰影の消失、無気肺、心拡大等の所見があれば記載。</p> <p>[ ]</p>
	<p><b>その他の特記すべき検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[ ]</p>
<p><b>外科的処置</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 処置日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>処置名 ; ( ) 例 ; 血栓摘出術</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。</p> <p>[ ]</p>	
<p><b>病理学的検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 (西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。</p> <p>[ ]</p>	

診断病名	
(複数選択可)	
<input type="checkbox"/> 脳静脈洞血栓症またはその他の脳静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肺血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> 動脈血栓症 <input type="checkbox"/> 腹腔内血栓症 <input type="checkbox"/> その他( ) )	
除外した疾患	
(複数選択可)	
<input type="checkbox"/> ヘパリン起因性血小板減少症 <input type="checkbox"/> 血栓性微小血管症 <input type="checkbox"/> 免疫性血小板減少症 <input type="checkbox"/> 播種性血管内凝固症候群 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 発作性夜間ヘモグロビン尿症 <input type="checkbox"/> その他( )	
COVID-19の罹患歴	
<input type="checkbox"/> あり ( 罹患時期 ; 西暦 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
ヘパリンの投与歴(発症日までの100日間の投与の有無を記載)	
<input type="checkbox"/> あり ( 最終投与日 ; 西暦 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( 投与理由 ; )	
血栓のリスクとなる因子	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
※発症時に以下の状態があればチェックを入れ、疾患名を記載。	
(複数選択可)	
<input type="checkbox"/> 妊娠/産褥期 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル留置(PICC <sup>*2</sup> を含む) <input type="checkbox"/> 不動(長期臥床など) <input type="checkbox"/> 重症貧血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ホルモン治療または経口避妊薬内服 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI; ) <input type="checkbox"/> 外傷 (疾患名; )      (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 遺伝性血栓疾患 (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患 (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 最近の1年間の手術 (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 骨髄増殖性腫瘍 (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 炎症疾患または免疫疾患 (疾患名; ) <input type="checkbox"/> 感染症 <sup>*1</sup> (疾患名; ) <input type="checkbox"/> その他( )	
*1 新型コロナウイルス感染症を除く	
*2 PICC: peripherally inserted central catheter	

# 心筋炎調査票

資料⑤-6

※ 本調査票は「心筋炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心膜炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心膜炎」調査票にご記入ください。

「心筋炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願ひいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日)				<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 不明					
	検査の種類 心筋組織の炎症所見				<input type="checkbox"/> 剖検	<input type="checkbox"/> 心内膜心筋生検					
	※所見がある場合は詳細を記載。				<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
2. 臨床症状/所見	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。										
	下記の臨床症状/所見の有無				<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	<input type="checkbox"/> 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/> 発汗		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 労作時、安静時、又は臥位での息切れ		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/> めまい / 失神		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 動悸		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/> 浮腫		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 突然死		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/>		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 倦怠感		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/>		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 腹痛		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/>		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 咳嗽		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/>		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> その他		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/>		( 年 月 日 )				
3. 検査所見	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。										
	<input type="checkbox"/> 易刺激性		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/> 嘔吐		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 哺乳不良/食欲低下		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/> 多呼吸		( 年 月 日 )				
	<input type="checkbox"/> 活気不良		( 年 月 日 )		<input type="checkbox"/>		( 年 月 日 )				
	※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。)							( 年 月 日 )			
	<b>血液検査</b>										
	トロポニンT	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中		
							<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	ng/mL)	<input type="checkbox"/> 上昇なし	
	トロポニンI	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中		
							<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	ng/mL)	<input type="checkbox"/> 上昇なし	
CK	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中			
						<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	U/L)	<input type="checkbox"/> 上昇なし		
CK-MB	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中			
						<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	U/L)	<input type="checkbox"/> 上昇なし		
CRP	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中			
						<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	mg/dL)	<input type="checkbox"/> 上昇なし		
高感度CRP	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中			
						<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	mg/dL)	<input type="checkbox"/> 上昇なし		
ESR(1時間値)	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中			
						<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	mm)	<input type="checkbox"/> 上昇なし		
D-ダイマー	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/>	未実施	<input type="checkbox"/> 検査中			
						<input type="checkbox"/> 上昇あり	(	μg/mL)	<input type="checkbox"/> 上昇なし		
その他の特記すべき検査	検査日	(	年	月	日)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検査中		
						<input type="checkbox"/>					

**心臓MRI検査**

- 実施 検査日 ( 年 月 日)  未実施  不明  
 造影あり  造影なし  
 异常所見  あり  疑う  なし  
 (心筋の浮腫)T2強調像における浮腫所見。典型的には斑状の浮腫。  
 (心筋の損傷)T1強調像におけるガドリニウム遅延造影像。ただし、心筋の信号強度が骨格筋よりも高く、典型的には少なくとも1カ所の非虚血領域において遅延造影像を認める。  
 その他  
 [ ]

**直近の冠動脈検査**

- 実施  未実施  不明  
 検査方法  血管造影検査 検査日 ( 年 月 日)  
 冠動脈CT検査 検査日 ( 年 月 日)  
 冠動脈MRI検査 検査日 ( 年 月 日)  
 その他 ( ) 検査日 ( 年 月 日)

冠動脈狭窄  あり  疑う  なし

※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。

[ ]

**4. 画像検査****心臓超音波検査**

- 実施 検査日 ( 年 月 日)  未実施  不明  
 异常所見  あり  疑う  なし  
 左室駆出率 ( ) %

※新規に出現した下記の所見があれば、チェックを入れてください。

- 右室又は左室の、局所又はびまん性の機能異常(例:駆出率低下)  心室壁厚の変化  
 局所の壁運動異常  心嚢液貯留  
 心室全体の収縮能又は拡張能の、低下又は異常  心腔内血栓  
 心室の拡大

※新規に出現した所見であるか不明の場合についてはその他に記載してください。

- その他

[ ]

**その他の画像検査**

- 実施 検査日 ( 年 月 日)  未実施  
 検査方法 ( )  
 异常所見  あり  疑う  なし

※詳細な部位と所見を記載してください。(心臓超音波検査を複数回実施した場合は下記に所見を記載。)

[ ]

**心電図検査**

- 実施 検査日 ( 年 月 日)  未実施  不明  
 异常所見  あり  疑う  なし

※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。

- 発作性又は持続性の、心房性又は心室性不整脈  
 (心房期外収縮、心室期外収縮、上室性頻脈、心室性頻脈、心室内伝導遅延、異常Q波、低電位)  
 房室伝導遅延又は心室内伝導障害(I～III度房室ブロック、新規に出現した脚ブロック)  
 持続モニターで検出された頻回に出現する心房性期外収縮又は心室性期外収縮  
 ST上昇又は陰性T波  心房期外収縮、又は心室期外収縮  
 R波減高、低電位、異常Q波  
 その他の異常所見

[ ]

**該当項目を選択**

- 臨床症状 / 所見を説明可能な他の疾患が否定されている  
 臨床症状 / 所見を説明可能な他の疾患が否定できない  
 不明

**6. 鑑別診断**

## 心膜炎調査票

資料⑤-7

※ 本調査票は「心膜炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心筋炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心筋炎」調査票にご記入ください。

「心膜炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願ひいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 検査の種類 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> 心膜生検 心膜組織の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※所見がある場合は詳細を記載。 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				
	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 心囊液貯留を疑う身体診察所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心膜摩擦音 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 奇脈 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 心音減弱(乳幼児/小児) ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 日 ) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				
2. 臨床症状/所見	下記の臨床症状/所見の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 急性の胸痛又は胸部圧迫感 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 労作時、安静時、又は臥位での息切れ ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 動悸 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 発汗 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 突然死 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 咳嗽 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 脱力感 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 肩痛 / 上背部痛 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 嘔気 / 嘔吐 / 下痢 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> チアノーゼ ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 精神状態の変化 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 健怠感 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 浮腫 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 間欠的な発熱 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 日 ) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				
	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 <input type="checkbox"/> 易刺激性 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 多呼吸 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 哺乳不良/食欲低下 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 活気不良 ( 年 月 日 ) ※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) ( 年 月 日 )				
3. 検査所見	血液検査 トロポニンT 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( ng/mL ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 トロポニンI 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( ng/mL ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( U/L ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK-MB 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( U/L ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CRP 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( mg/dL ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 高感度CRP 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( mg/dL ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 ESR(1時間値) 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( mm ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 D-ダイマー 検査日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 上昇あり ( $\mu$ g/mL ) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 その他の特記すべき検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 ( 年 月 日 ) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>				

4. 画像検査	<p><b>心臓超音波検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>異常な心嚢液貯留 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>心膜の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>	
	<p><b>心臓MRI検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし</p> <p>異常な心嚢液貯留 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>心膜の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>	
	<p><b>胸部CT検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし</p> <p>異常な心嚢液貯留 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>心膜の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>	
	<p><b>直近の冠動脈検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>検査方法 <input type="checkbox"/> 血管造影検査 検査日 ( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 冠動脈CT検査 検査日 ( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> 冠動脈MRI検査 検査日 ( 年 月 日)  <input type="checkbox"/> その他 ( ) 検査日 ( 年 月 日)</p> <p>冠動脈狭窄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>	
	<p><b>胸部X線検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>心拡大の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>	
	<p><b>その他の画像検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施</p> <p>検査方法 ( )</p> <p>異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載(心臓超音波検査を複数回実施した場合はここに2回目の所見を記載)。</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>	
	5. 心電図検査	<p><b>心電図検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日 ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 広範な誘導における上に凹型のST上昇  <input type="checkbox"/> aVR誘導におけるST低下  <input type="checkbox"/> ST変化の対側性変化(ST低下)を認めない誘導全般におけるPR低下  <input type="checkbox"/> 上記以外の非特異的な異常所見</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p style="text-align: right;">[ ]</p>
		<p>該当項目を選択</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床症状 / 所見を説明可能な他の疾患が否定されている(例:心筋梗塞、肺塞栓症、縫隔炎)</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床症状 / 所見を説明可能な他の疾患が否定できない</p> <p><input type="checkbox"/> 不明</p>
		<p><b>6. 鑑別診断</b></p>

## 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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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

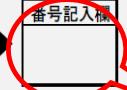
福山市長様  
(保健予防課)

医療機関名

代表者名

印

## 証明書確認項目欄の記入例

福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票	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	( ) -																																																																				
<small>*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マイナンバーカード ③免許証 ④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。</small>																																																																						
<small>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)</small>																																																																						
																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">質 問 事 項</th> <th colspan="2">回 答 欄</th> <th>医師記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>今日の新型コロナウイルス感染症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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>はい はい</td> <td>いいえ いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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。( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつことがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>新型コロナウイルス感染症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つたことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなつたことはありますか。</td> <td>はい はい はい</td> <td>いいえ いいえ いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかたりしましたか。 病名( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種について質問がありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師記入欄</td> <td colspan="3">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">医師署名又は記名押印 <span style="float: right;">印</span></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <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がいがある者である。         </td> </tr> </tbody> </table>			質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄	今日の新型コロナウイルス感染症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		今日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 はい	いいえ いいえ		その病気の主治医には、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		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、体の具合が悪くなつことがありますか。	はい	いいえ		新型コロナウイルス感染症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つたことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなつたことはありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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		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、血液疾患などの慢性疾患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 <span style="float: right;">印</span>				<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がいがある者である。			
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄																																																																			
今日の新型コロナウイルス感染症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																																																																				
今日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 はい	いいえ いいえ																																																																				
その病気の主治医には、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																																																																				
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、体の具合が悪くなつことがありますか。	はい	いいえ																																																																				
新型コロナウイルス感染症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つたことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなつたことはありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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																																																																				
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、血液疾患などの慢性疾患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 <span style="float: right;">印</span>																																																																						
<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がいがある者である。																																																																						
<b>新型コロナウイルス感染症予防接種希望書</b> (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、この予診票が福山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>																																																																				
<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。</small>		代筆者名前	続柄																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">ワクチン名・ロット番号</td> <td style="width: 25%;">接種量</td> <td colspan="2">実施医療機関名・医師名・接種年月日</td> </tr> <tr> <td>ワクチン名 Lot No.</td> <td>筋肉内接種 m 1</td> <td colspan="2">実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>※シール貼付可 有効期限を確認</small> </td> </tr> </table>				ワクチン名・ロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日		ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種 m 1	実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日		<small>※シール貼付可 有効期限を確認</small>																																																										
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日																																																																				
ワクチン名 Lot No.	筋肉内接種 m 1	実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日																																																																				
<small>※シール貼付可 有効期限を確認</small>																																																																						
<small>※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。</small>																																																																						

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

・後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

…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。高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種時に取得した証明書を、他の高齢者定期接種を受ける際に再度利用していただくことができます。

※肺炎球菌及び帯状疱疹の予防接種については、接種対象年齢にご注意ください。

## 予診票記入例（対象者本人が署名する場合）

福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生年月日 (年齢)	大正・昭和 (満 歳)	
フリガナ		性 別	男 · 女	
名 前		電 話 番 号	( )	—
<small>*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マイナンバーカード ③免許証 ④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下欄に記入してください。</small>				
<small>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)</small>				
<input type="checkbox"/> 番号記入欄				
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄	
今日の新型コロナウイルス感染症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		
今日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		
その病気の主治医には、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		
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することがありますか。		はい いいえ		
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		はい いいえ		
<small>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新型コロナウイルス感染症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。</small>		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		
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、血液疾患などの慢性疾患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	<small>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。</small>			
	<small>医師署名又は記名押印 <input type="checkbox"/>印</small>			
該当する場合に <input type="checkbox"/>	<small>□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下免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。</small>			
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書(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。		<small>接種を(希望します・希望しません) *どちらかを○で囲む。</small>		
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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。		<small>本人署名</small>		
<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。</small>		<small>※必須(代理人による代筆記名の場合も含む) 代筆者名前 続柄</small>		
ワクチン名・ロット番号 ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	接種量 筋肉内接種 m 1	実施医療機関名・医師名・接種年月日 実施医療機関名 医 師 名 接種年月日 年 月 日 保予- 2025. 7. 15		
<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、ワクチン名・Lot No.については、  
シールの貼付可

## 予診票記入例（代筆者が記名する場合）

福山市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票		診察前の体温	度	分																																																																																																																								
住 所	福山市	生年月日 (年齢)	大正・昭和 (満 歳)	月 日																																																																																																																								
フリガナ		性 別	男	・ 女																																																																																																																								
名 前		電 話 番 号	( )	—																																																																																																																								
<small>*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マイナンバーカード ③免許証 ④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)</small>																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> <b>接種時の体温を記入</b>																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">質 問 事 項</th> <th colspan="2">回 答 棚</th> <th>医師記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">今日の新型コロナウイルス感染症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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">今日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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったりことはありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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( )</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">今日の予防接種について質問がありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医師記入欄</td> <td colspan="4"> <small>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種(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。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> <b>医師の署名(直筆) 又は 記名ゴム印+朱印</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <small>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がいがある者である。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <b>新型コロナウイルス感染症予防接種希望書</b> (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)         </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <small>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。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <small>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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <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。</small> </td> </tr> <tr> <td>ワクチン名・ロット番号 ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認</td> <td>接種量 筋肉内接種 m 1</td> <td colspan="3">実施医療機関名・医師名・接種年月日 実施医療機関名 医 师 名 接種年月日 年 月 日 保予- 2025.7.15</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <small>※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。</small> </td> </tr> </tbody> </table>					質 問 事 項		回 答 棚		医師記入欄	今日の新型コロナウイルス感染症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		今日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		その病気の主治医には、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		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することがありますか。		はい	いいえ		新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ		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新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったりことはありますか。		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		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、血液疾患などの慢性疾患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	<small>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種(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。</small>				<input type="checkbox"/> <b>医師の署名(直筆) 又は 記名ゴム印+朱印</b>					<small>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がいがある者である。</small>					<b>新型コロナウイルス感染症予防接種希望書</b> (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)					<small>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。</small>					<small>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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。</small>					<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。</small>					ワクチン名・ロット番号 ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	接種量 筋肉内接種 m 1	実施医療機関名・医師名・接種年月日 実施医療機関名 医 师 名 接種年月日 年 月 日 保予- 2025.7.15			<small>※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。</small>				
質 問 事 項		回 答 棚		医師記入欄																																																																																																																								
今日の新型コロナウイルス感染症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																																																																																																																									
今日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																																																																																																																									
その病気の主治医には、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																																																																																																																									
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することがありますか。		はい	いいえ																																																																																																																									
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ																																																																																																																									
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新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったりことはありますか。		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																																																																																																																									
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、血液疾患などの慢性疾患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	<small>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種(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。</small>																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> <b>医師の署名(直筆) 又は 記名ゴム印+朱印</b>																																																																																																																												
<small>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がいがある者である。</small>																																																																																																																												
<b>新型コロナウイルス感染症予防接種希望書</b> (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)																																																																																																																												
<small>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。</small>																																																																																																																												
<small>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、この予診票が福山市に提出されることに同意します。</small>																																																																																																																												
<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。</small>																																																																																																																												
ワクチン名・ロット番号 ワクチン名 Lot No. ※シール貼付可 有効期限を確認	接種量 筋肉内接種 m 1	実施医療機関名・医師名・接種年月日 実施医療機関名 医 师 名 接種年月日 年 月 日 保予- 2025.7.15																																																																																																																										
<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、ワクチン名・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( 年度) 保険料額  
(2024年度又は2025年度のもの  
が対象です。)

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		<input type="text"/>				<input type="text"/> 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

見本©

票 診 診 等 等 間 夜 · 日 休

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。

时年月日 年( )年( )月( )日

被保護者名前性別生年月日社会保険の有無

自序

1/1

名前	福山市
住所	
有効期限	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

連絡先  
福山区生活福祉課 第一担当員  
地区担当員  
福山区市東桜町3番5号  
電話番号: 084-928-1067

## 見本④

見本(E)

本人確認証	福生福第号	(注意)
前 名 性 住	昭和年月日 写真 (3cm×2.5cm)	(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。 (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。 (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。 ①御本人が支援給付を受けなくなつたとき。 ②確認証の記載事項に変更があつたとき。 ③確認証の有効期間が満了したとき。 ④確認証が使用に耐えなくなつたとき。 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。 (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。
前 生年月日 性 別 住 所	昭和年月日 写真 (3cm×2.5cm)	上記の者については、中國殘留邦人等の円滑な帰國の促進並びに永住 帰国した中國殘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(年)日 福山市長
		この確認証の有効期間は、年(年)月(年)日までとする。 から 年(年)月(年)日

有効期間をご確認ください