

福山市高齡者帯状疱疹予防接種実施要領

2026年度（令和8年度）

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・接種間隔	P 3
6	予防接種料金（個人負担金）	P 4
7	予診の方法	P 5
8	接種不適當者及び接種要注意者	
9	予診票への署名について	P 6
10	施設入所者について	
11	他の予防接種との接種間隔・同時接種	P 7
12	高齡者帯状疱疹予防接種に使用するワクチン等について	
13	予防接種の実施	
14	長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期予防接種の機会を逸した者への特例について	P 8
15	予防接種後副反応疑い報告について	P 9
16	予防接種に係る間違いの防止について	P 10
17	他市町村住民の接種について	
18	予防接種の実施報告について	P 11
19	その他	P 13
20	資料等	P 14

福 山 市

1 予防接種の種類

高齢者带状疱疹予防接種

带状疱疹は、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

2026年（令和8年）4月1日（水）～2027年（令和9年）3月31日（水）

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、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、副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、巡回診療として実施協力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、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

(1) 対象者

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。

① 今年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者
(対象者一覧表を参照してください。)

※ 2025年度（令和7年度）から5年間の経過措置による対象者。

※ 今年度中に101歳以上となる者は定期接種の対象者ではありません。（2025年度（令和7年度）のみの対象者であったため。）

② 60歳以上65歳未満の者（年齢は、接種日時点のものとし、）であって、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¹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

※ 他のB類疾病（高齢者を対象とする予防接種）とは、対象となる障がい異なりますので注意してください。

なお、带状疱疹にかかったことのある者については、定期接種の対象となりますが、過去に任意接種として带状疱疹ワクチンの接種が完了している者（生ワクチンを1回接種又は組換えワクチンを2回接種済みの者）は、原則として定期接種の対象とはなりません。ただし、「予防接種を行う必要がある」と医師に判断され、福山市が認めた場合は対象となりますので、該当の場合は、保健予防課にお問い合わせください。

また、過去に任意接種として組換えワクチンを1回接種している者については、原則として組換えワクチンによる残りの1回のみが定期接種の対象となります。（この場合、原則として生ワクチンを接種することはできません。）

【2026年度（令和8年度）の対象者一覧表】

年齢	対象者の生年月日
65歳	1961年（昭和36年）4月2日～1962年（昭和37年）4月1日生まれの者
70歳	1956年（昭和31年）4月2日～1957年（昭和32年）4月1日生まれの者
75歳	1951年（昭和26年）4月2日～1952年（昭和27年）4月1日生まれの者
80歳	1946年（昭和21年）4月2日～1947年（昭和22年）4月1日生まれの者
85歳	1941年（昭和16年）4月2日～1942年（昭和17年）4月1日生まれの者
90歳	1936年（昭和11年）4月2日～1937年（昭和12年）4月1日生まれの者
95歳	1931年（昭和6年）4月2日～1932年（昭和7年）4月1日生まれの者
100歳	1926年（大正15年）4月2日～1927年（昭和2年）4月1日生まれの者

長期療養が必要な疾病などで定期の予防接種の機会を逸した者に対する特例

長期療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期の予防接種（ロタウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症の予防接種を除く。）を受けることができなかつたと認められる場合は、その事情がなくなった日から2年間（高齢者肺炎球菌及び带状疱疹予防接種については1年間）は、特例として定期の予防接種を受けることができます。

※ 事前に手続きが必要です。

※ 詳細については、「14 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期予防接種の機会を逸した者への特例について」を参照してください。

(2) 対象者の確認方法

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】及び【予防接種済証兼接種歴管理票】の提示を求め、年齢、住所及び持参物から対象者であることを慎重に確認してください。

【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書、運転免許証又は住民票などの住所・年齢を確認できる書類

【予防接種済証兼接種歴管理票（資料②-1）】

①の対象者に対し、2026年（令和8年）6月頃に福山市から郵送により送付し、接種時に医療機関へ持参するよう案内しています。医療機関において、接種時には必ず「予防接種済証兼接種歴管理票」により接種回数を確認してください。なお、6月の一斉発送を待たず、4月、5

月中の接種希望がありましたら、個別に対応しますので、希望者から福山市に連絡するようお願いください。

②の対象者については、本人からの申請に基づき福山市から「予防接種済証兼接種歴管理票」を発行します。なお、60歳以上65歳未満の者については、「予防接種済証兼接種歴管理票」を持参している場合でも、接種時に②の対象者に該当するか否かを確認いただき、該当する場合にはのみ接種を行ってください。

接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れていた場合には、原則として接種は行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。また、接種後は「予防接種済証兼接種歴管理票」への接種歴の記録を確実に行ってください。加えて、「予防接種済証兼接種歴管理票」を紛失した対象者については、福山市に対し再発行の申請を行うよう御案内ください。

なお、任意接種の接種歴については、福山市が把握していないため、かかりつけ医等において診療録による確認をお願いします。

5 接種の回数・接種間隔

(1) 生ワクチンの場合

1人につき実施期間内に1回（皮下接種）とします。

(2) 組換えワクチンの場合

1人につき実施期間内に2回（筋肉内接種）とします。

接種間隔については次のとおりです。

区分	標準的接種間隔	法定接種間隔
1回目	—	—
2回目	1回目接種から2か月以上6か月に至った日の翌日まで	1回目接種から <u>2か月以上</u>
	(例) 7月1日に1回目を受けた場合は、 9月1日～1月1日までの間 7月31日に1回目を受けた場合は、 10月1日～2月1日までの間	(例) 7月1日に1回目を受けた場合は、 9月1日以降 7月31日に1回目を受けた場合は、 10月1日以降

※ 疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1か月以上の間隔を置けば接種することができます。

※ 接種間隔の計算について、1か月＝4週（2か月＝8週）ではありません。(例)の間隔に倣ってください。

※ 実施期間外の接種は、定期接種とはなりません。(【例】今年度の接種対象者の2回目の接種が2027年(令和9年)4月1日以降となった場合など。)

※ 带状疱疹ワクチンの交接種は認められないため、1回目に組換えワクチンを接種したものが、2回目として生ワクチンを接種することはできません。

※ 1回目の接種から6か月までに2回目の接種をすることが望ましいですが、実施期間内であれば、6か月を超えた場合も定期接種として接種することができます。

6 予防接種料金（個人負担金）

(1) 生ワクチンの場合：1件につき3,100円とします。

(2) 組換えワクチンの場合：1件につき7,800円とします。

（2回接種の合計は15,600円になります。）

※ (1)・(2)いずれの場合も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。

(3) 個人負担金免除について

次の①・②・③のいずれかに該当し、【証明書】を提示した場合は個人負担金免除となります。

（以下、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（資料②-2）の確認項目欄へ記入してください。（資料②-3参照）

【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>① 介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書又は保険料額変更通知書）…資料③-1又は資料③-2 （保険料段階が第1～3段階に限る。） ※保険料段階が第4段階以上の人も市民税非課税世帯の場合があります。該当する方は②又は③で確認してください。</p> <p>又は</p> <p>② 後期高齢者医療資格確認書…資料③-3 （適用区分の欄に「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」と記載されており、接種日時点で、有効であるものに限る。） ※ <u>後期高齢者医療のものに限ります。</u>（国保等は対象外） ※ <u>マイナンバーカード（マイナ保険証）でのオンライン資格確認で上記の資格及び適用区分（「低Ⅰ」又は「低Ⅱ」）の確認ができた場合、原本の提示を省略することができます。</u></p> <p>又は</p> <p>③ 市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」…資料③-4 （接種日時点で、有効であるものに限る。）</p>
② 生活保護法による生活保護受給者	④ 休日・夜間等受診票 …資料③-5 （接種日時点で、有効であるものに限る。）
③ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者	⑤ 写真付の本人確認証 …資料③-6 （接種日時点で、有効であるものに限る。）

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）
- (3) 予診票は当該年度以外のものを使わないでください。

8 接種不適合者及び接種要注意者

- (1) 接種不適合者（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 带状疱疹生ワクチンについては、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者（組換えワクチンについては、免疫の状態に関わらず接種可能です。）
 - ② 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
 - ③ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
 - ④ 带状疱疹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
 - ⑤ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

※ 接種不適合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带状疱疹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 带状疱疹生ワクチンについては、輸血やガンマグロブリンの注射を受けた者は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた者は治療後6か月以上を置いて接種すること。
 - ② 带状疱疹組換えワクチンについては、筋肉内に接種するため、血小板減少症や凝固障がい
を有する者、抗凝固療法を実施している者
 - ③ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する者
 - ④ 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
 - ⑤ 過去にけいれんの既往のある者
 - ⑥ 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
 - ⑦ 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
 - ⑧ 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などについて適切な説明を行い、対象者が十分に理解したうえで接種希望であることを確認し、文書による同意を確実に得る必要があります。

9 予診票への署名について

B類疾病の予防接種は、接種を受ける法律上の義務がなく、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を行い、予防接種の実施に関して文書(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。(記載例は、資料②-4)
 - (イ) 対象者が署名できない場合：代筆者が「本人署名」欄に対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び対象者との「続柄」を記入します。(記載例は、資料②-5。代筆者については、資料④「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うえで、接種を希望する者に対してのみ接種を行うこととなります。

1.1 他の予防接種との接種間隔・同時接種

(1) 生ワクチンの場合

带状疱疹生ワクチンとそれ以外の注射生ワクチンの接種は、27日間以上の間隔を置いてください。

(例) 7月1日に带状疱疹生ワクチンを接種した場合、他の生ワクチンを接種できるのは7月29日(4週間後の同じ曜日の日)以降となります。

(2) 組換えワクチンの場合

带状疱疹組換えワクチンについては、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

(3) 同時接種について

いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

1.2 高齢者带状疱疹予防接種に使用するワクチン等について

- ① 本事業で使用する带状疱疹ワクチン及び接種用具等(以下「ワクチン等」という。)は、医療機関が卸業者から直接購入して御用意ください。
- ② 本事業で使用する带状疱疹ワクチンは次のとおりです。
 - ・带状疱疹生ワクチン(阪大微研):1回(皮下に接種)
 - ・带状疱疹組換えワクチン(GSK社):2回(筋肉内に接種)

【注意事項】

带状疱疹生ワクチンは、乳幼児水痘予防接種で使用するワクチンと同じものです。ワクチンを注文する際は、それが高齢者带状疱疹予防接種用のものであることを注文先業者に必ず教えてください。

また、接種の際に、誤って乳幼児定期予防接種用のワクチンを使用することがないように、分けて管理いただきますようお願いします。

- ③ 予診票は、「予防接種済証兼接種歴管理票」とあわせて対象者に対し福山市から個別に送付しますので、接種時にはその予診票を持参するよう御案内ください。なお、「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れていた場合には、接種を行わない対応をお願いしておりますが、予診票のみの持参忘れについては、福山市のホームページからダウンロードして印刷し、御使用いただくことも可能です。
- ④ 予防接種の説明書(資料②-6)についても「予防接種済証兼接種歴管理票」とあわせて対象者に対し福山市から個別に送付します。

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 対象者に「予防接種済証兼接種歴管理票」の提示を求め、必ず接種歴を確認してください。接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れていた場合には、原則として接種は行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 帯状疱疹生ワクチンを使用する場合は、1回0.5mLを皮下に注射してください。
- ⑦ 帯状疱疹組換えワクチンを使用する場合は、1回0.5mLを2月以上、標準的には2月の間隔を置いて2回筋肉内に注射してください。なお、当該方法をとることができない場合でも1回目の接種から6月までに2回目の接種を完了することが望ましいとされています。また、接種部位は、原則として上腕の三角筋部とし、同一部位に反復して接種することは避けてください。
- ⑧ 予診票は、福山市が対象者に送付している所定のものを使用してください。
- ⑨ 接種後は、「予診票」にワクチン名・ロット番号・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。また、「予防接種済証兼接種歴管理票」に、接種したワクチンの種類、接種年月日、ワクチンメーカー名、ワクチンロット番号、実施医療機関名を記入してください。ワクチンロット番号については、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。
- ⑩ 記入した「予防接種済証兼接種歴管理票」を被接種者に交付してください。また、1回目に帯状疱疹組換えワクチンを接種した場合は、次回の接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」を必ず持参するよう御案内ください。

1.4 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期予防接種の機会を逸した者への特例について

定期予防接種の対象者であった間に長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等の厚生労働省令に規定する特別の事情により、定期予防接種（ロタウイルス感染症、RSウイルス感染症、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症の予防接種を除く。）を受けることができなかつたと認められる場合は、その事情がなくなった日から2年間（高齢者肺炎球菌及び帯状疱疹予防接種については1年間）は、特例として定期予防接種を受けることができます。（事前の手続きが必要）

【厚生労働省令に定める特別の事情】

- ① 次の（ア）から（ウ）までに掲げる疾病にかかったこと。（やむを得ず定期予防接種を受けることができなかつた場合に限る。）
 - （ア）重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

(イ) 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

(ウ) ア又はイの疾病に準ずると認められるもの。

(注) 上記に該当する疾病の例は、別表(資料⑦-2裏面)に掲げるとおりである。ただし、これは、別表に掲げる疾病にかかったことのある者又はかかっている者が一律に予防接種不相当者であるということの意味するものではなく、予防接種実施の可否の判断は、あくまで予診を行う医師の判断の下、行われるべきものである。

② 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと。(やむを得ず定期予防接種を受けることができなかった場合に限る。)

③ 医学的知見に基づき、①又は②に準ずると認められるもの。

④ 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと。(やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。)

※ ④に該当するか否かについては、保健予防課と協議して決定するものとします。

【実施方法】

① 対象者は、事前に別紙の資料⑦-1「定期予防接種(特例)申請書」及び資料⑦-2「意見書(長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置)」を福山市に提出します。

② 特例の対象者となる場合、福山市が「証明書」を対象者へ交付します。

③ 特例として定期予防接種を実施する場合は、必ず対象者から「証明書」の提示を受け、有効期限等を確認してください。

④ 実施した予防接種の予診票は、通常の予診票と併せて月ごとの実施報告時に福山市に提出してください。その際、予診票の余白に「長期療養疾病対象者」と記入してください。

⑤ 実施報告の際は、該当の予診票を実施件数に含め、提出期限までに、各提出先へ提出してください。

【対象となる期間】

特別の事情がなくなった日から起算して1年を経過する日までの間です。

1.5 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](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⑤-1)を参照してください。

・ 「予防接種後副反応疑い報告書(資料⑤-2)」及び「予防接種後副反応疑い報告書報告基準(資料⑤-2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⑤-3）」、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⑤-4）」、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⑤-5）」、心筋炎の場合には「心筋炎調査票（資料⑤-6）」及び心膜炎の場合には「心膜炎調査票（資料⑤-7）」（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。）

1.6 予防接種に係る間違いの防止について

法令やワクチンの添付文書の説明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い発生時の対応について】

誤った用法用量での接種や有効期限切れワクチンの接種など、予防接種に係る間違いが発生した場合は、速やかに間違いの概要を保健予防課へ電話（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⑥）」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いについては、市を通じて国に報告することが義務付けられていますので、御留意ください。

1.7 他市町村住民の接種について

福山市民以外の予防接種については、原則、「広域予防接種券」又は「予防接種依頼書」が必要となります。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 (高齢者帯状疱疹)	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る。

(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。)

(2) 福山市民以外の高齢者带状疱疹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。)

1.8 予防接種の実施報告について

- (1) 実施協力医療機関は、「高齢者定期接種実施報告書」(別紙1)に接種件数を低所得者及び低所得者以外に分けて記入のうえ、予診票と併せて次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を含む。)」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」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 ⇒ // 松永沼隈地区医師会加入医療機関のうち (内海町、沼隈町内の実施協力医療機関) ⇒ 沼隈支所保健福祉担当 (その他の実施協力医療機関) ⇒ 松永保健福祉課 府中地区医師会加入実施協力医療機関 ⇒ 北部保健福祉課 深安地区医師会加入医療機関のうち (神辺町内の実施協力医療機関) ⇒ 神辺保健福祉課 (加茂町内の実施協力医療機関) ⇒ 北部保健福祉課 ※郵送で提出する場合 → 保健予防課 (TEL: 928-1127) (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
提出書類	① 高齢者定期接種実施報告書 (別紙1) ② 予診票 ⇒ ※接種件数と枚数を照合 ※接種済みの予診票と予診のみの予診票は、分けて提出してください。
備考①	・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、2027年(令和9年)3月31日とします。) ・ 最終報告(2027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②	・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新型コロナウイルス感染症予防接種)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。 ① 高齢者肺炎球菌予防接種を含む計2～4件の同時接種を予定していた場合→「高齢者肺炎球菌」の欄に件数を記入し、報告してください。 ② 高齢者肺炎球菌予防接種を除き、高齢者帯状疱疹予防接種を含む計2～3件の同時接種を予定していた場合→「高齢者帯状疱疹」の欄に件数を記入し、報告してください。 ③ 高齢者インフルエンザ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→「高齢者インフルエンザ予防接種」の欄に件数を記入し、報告してください。 ※ 同時接種を予定していなかった場合は、それぞれの予防接種の欄に件数を記入し、報告してください。

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

- (3) 本予防接種に係る委託料は、予防接種業務及び委託料支払に関する代理受領契約に従い、2026年度（令和8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。

19 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。
- ・介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書又は保険料額変更通知書）」（資料③-1又は資料③-2）、「休日・夜間等受診票（資料③-5）」及び「写真付の本人確認証（資料③-6）」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書（資料③-3）」は、後期高齢者医療制度の被保険者全員に交付されていますが、適用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。記載がない場合は、マイナンバーカード（マイナ保険証）でのオンライン資格確認を利用して確認することもできます。
 - ・市民税非課税世帯の「証明書（医療機関用）」（資料③-4）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。

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。

20 資料等

- 別紙1 高齢者定期接種実施報告書
- 別紙2 2026年度（令和8年度）予防接種委託単価表
- 資料① 機能障がいの程度
- 資料②-1 予防接種済証兼接種歴管理票 ※見本
- 資料②-2 予診票 ※見本
- 資料②-3 予診票記入例（証明書確認項目欄について）
- 資料②-4 予診票記入例（被接種者本人が署名する場合）
- 資料②-5 予診票記入例（代筆者が記名する場合）
- 資料②-6 説明書 ※見本
- 資料③-1 介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書）」
- 資料③-2 介護保険の「納入通知書（保険料額変更通知書）」
- 資料③-3 「後期高齢者医療資格確認書」※見本
- 資料③-4 「証明書（医療機関用）」※見本
- 資料③-5 休日・夜間等受診票（生活保護の方）※見本
- 資料③-6 写真付の本人確認証（中国残留邦人等の方）※見本
- 資料④ 代筆について
- 資料⑤-1 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⑤-2 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⑤-3 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票
- 資料⑤-4 ギラン・バレ症候群（GBS）調査票
- 資料⑤-5 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⑤-6 心筋炎調査票
- 資料⑤-7 心膜炎調査票
- 資料⑥ 予防接種に係る誤接種報告書
- 資料⑦-1 定期予防接種（特例）申請書
- 資料⑦-2 意見書（長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置）

2026年度(令和8年度)用

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を含む。)		総合計 (①+②)	
			件数	合計 (①)	内60歳~65歳 未満の方	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	
		低所得者	件						
高齢者 带状疱疹	生 ワクチン	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	
		低所得者	件						
	ワクチン 組換え	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	
		低所得者	件						
高齢者 インフル エンザ	ワクチン 標準量	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	
		低所得者	件						
	ワクチン 高用量	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	/	件	件	件
		低所得者	件						
高齢者 新型コロナ ウイルス感染症	個人 負担金 区分	低所得者 以外	件	件	件	件	件	件	
		低所得者	件						
合 計 (予診票枚数と一致)			/	件	/	件	/	/	

【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)
- ・高齢者带状疱疹について、接種日時点で64歳であっても、当年度中に65歳になる者は内数に含めないでください。

記入例

2026年度(令和8年度)用

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。

次のとおり高年齢者定期接種を実施しましたので、報告します。

接種年月を記入

【接種件数】

実施月			年 月				接種済み		予診のみ (診療に移行したものを含む。)		総合計 (①+②)
接種種別	個人負担金区分	件数	合計 (①)		内60歳～65歳 未満の方	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
低所得者	件	件			件	件	件	件	件		
高齢者 带状疱疹	生ワクチン	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	件	件	件	件	件	件			
ワクチン 組換え	個人負担金区分	低所得者以外	件	件	件	件	件	件	件	件	
		低所得者	件	件	件	件	件	件	件		
高齢者 インフルエンザ	標準量	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	件	件	件	件	件	件			
ワクチン 高用量	個人負担金区分	低所得者以外	件	件	件	件	件	件	件	件	
		低所得者	件	件	件	件	件	件	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	件	
		低所得者	件	件	件	件	件	件	件		
合計(予診票枚数と一致)				件	件	件	件	件	件	件	

実施した予防接種ごとに件数を記入

低所得者以外の予診票の枚数を記入

低所得者の予診票の枚数を記入

予診票の年齢区分(60歳～65歳未満)による内訳を記入
 ※「予診のみ」の件数は除く。

予診のみの件数の内、委託料の支払い対象となる件数を記入
 ※1人につき1日1件のみ。
 ※同時接種を予定していた場合は、併せて1件となります。
 (例: インフルエンザと新型コロナウイルスの同時接種を予定していて、予診のみとなった場合は、インフルエンザの欄にのみ1件と記入する。)

予診の結果、予防接種を見合わせた予診票の枚数を記入

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

【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)
- ・高齢者带状疱疹について、接種日時時点で64歳であっても、当年度中に65歳になる者は内数に含めないでください。

2026年度（令和8年度）予防接種委託単価表

（接種1件当たり）

種 別	ワクチン	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 带状疱疹 予防接種	生 ワクチン	低所得者以外	5,760円	3,100円
		低所得者(※)	8,860円	0円
	組換え ワクチン (※)	低所得者以外	14,260円	7,800円
		低所得者(※)	22,060円	0円
予診のみ実施した場合			3,200円	

※ 組換えワクチンについては2回接種となります。（表の金額は1回当たりの金額）

※ 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）生活保護法による生活保護受給者
- （3）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

- 委託単価はワクチン代等相当額を含んでいます。
予防接種に必要な带状疱疹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（高齢者肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種）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件となります。

機能障がい の 程度

○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 $200/\mu\text{l}$ 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 $3,000/\mu\text{l}$ 未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - b Hb量について男性 12g/dl 未満、女性 11g/dl 未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - c 血小板数について $10万/\mu\text{l}$ 未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について $5,000$ コピー/ ml 以上の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
 - e 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。
 - f 健常時に比し10%以上の体重減少がある。
 - g 月に7日以上 of 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)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、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

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送します。(接種時【要】持参)
 ※紛失している場合は、接種対象者からの再発行申請が必要です。

2026年度高齢者带状疱疹予防接種接種済証兼接種歴管理票

2026年度（令和8年度）高齢者带状疱疹予防接種 予防接種済証兼接種歴管理票

【注意事項】

- ・ この予防接種済証兼接種歴管理票は予防接種を受ける時には必ず持参し、接種後は大切に保管してください。
- ・ 1回目に生ワクチンを接種した場合は接種終了です。2回目の接種はありません。
- ・ 予防接種済証の欄は、接種した医療機関で記入されます。
- ・ 紛失した場合は、福山市に再発行の申請をしてください。

住 所	
名 前	
生年月日	

「予防接種済証」の欄は、接種を実施した医療機関において記入を行ってください。

【予防接種済証】 高齢者带状疱疹予防接種

広島県福山市長

● 1回目

ワクチンの種類	生ワクチン	組換えワクチン
接種年月日		
ワクチンメーカー名		
ワクチンロット番号		
実施医療機関名		

1回目の接種終了後、記入をお願いします。

・ワクチンの種類の欄は接種したワクチンの種別を○で囲んでください。

・1回目の接種で生ワクチンを接種した場合、2回目の欄を斜線で消すなどし、2回目の接種はない旨を説明してください。

● 2回目（1回目に組換えワクチンを接種している場合にのみ接種可能）

ワクチンの種類	組換えワクチン
接種年月日	
ワクチンメーカー名	
ワクチンロット番号	
実施医療機関名	

2回目の接種終了後、記入をお願いします。

・接種前に1回目の接種が「組換えワクチン」であることを必ず確認してください。

- 接種時には、必ず被接種者に提示を求め、対象者であること及び接種歴を確認してください。
- 接種歴については、本書類に加え、予診票・診療録・本人への聞き取りでも確認してください。
- 接種済証欄を記入後、原本は被接種者へ返却してください。
- 接種時に「予防接種済証兼接種歴管理票」の持参を忘れている場合は、原則として接種を行わず、持参時に改めて接種する取扱いとしてください。
- 紛失している場合は、被接種者に対し福山市に再発行の申請を行うよう説明してください。

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送しています。(接種時【要】持参)
 ※紛失している場合、本市HPからダウンロードして印刷したものも使用可能です。

2026年度高齢者带状疱疹予防接種予診票

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票

住 所	福山市	診察前の体温	度	分
フリガナ		生年月日 (年齢)	大正・昭和	年 月 日 (満 歳)
名前		性別	男	女
		電話番号	()	-

*次の書類により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証 ○マイナンバーカード ○免許証 ○その他公的書類
 福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
- ② 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1～3段階のものに限る。)
- ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
- ④ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時時点で、有効であるもの)
- ⑤ 中国残留邦人等の支拂給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの)

番号記入欄

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。	(ア)	(イ)	
(ア) シングリックス (組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ピケン」 (生ワクチン)	前回接種日 年 月 日		
今日の带状疱疹の予防接種について、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 ()	はい	いいえ	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
(注) 免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません。			
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()	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	はい	いいえ	
病名 ()			
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名 ()			
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) *どちらかを○で囲む。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
	医師署名又は記名押印 _____ 印
該当する場合に☑	<input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満で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。 <input type="checkbox"/> (組換えワクチンの接種間隔) 疾病又は治療により、免疫不全である、免疫機能が低下した、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。

带状疱疹予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。	接種を (希望します・希望しません) *どちらかを○で囲む。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。	本人署名 _____ ※必須 (代理人による代筆記名の場合も含む。)
※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ことなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。	代筆者名前 _____ 続柄 _____

ワクチン名・ロット番号	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生ウイルスワクチン「ピケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名 接 種 年 月 日 年 月 日

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。

証明書確認項目欄の記入例

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		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	
フリガナ		性 別	(満 歳)	男 ・ 女	
名 前		電 話 番 号	()	-	

* 次の書類により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証 ○マイナンバーカード ○免許証 ○その他の公的書類
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 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1~3段階のものに限る。)
- ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認可)
- ④ 生活保護受給者の方で、「休日・夜間等受診票」(接種日時時点で、有効であるもの)
- ⑤ 中国残留邦人等の支援給付受給者の方で、写真付きの「本人確認証」(接種日時時点で、有効であるもの)

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。 (ア) シングリックス (結核ワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)	(ア)	(イ)	
今日の带状疱疹の予防接種について、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()	はい	いいえ	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。 (注)免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません。	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ことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類()	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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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。		
該当する場合に☑	<input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満で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。 <input type="checkbox"/> (結核ワクチンの接種間隔) 疾病又は治療により、免疫不全である、免疫機能が低下した、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。		医師署名又は記名押印
带状疱疹予防接種希望書(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。)	接種を(希望します・希望しません) *どちらかを○で囲む。		
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。	本人署名		
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。	*必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)		
※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ことなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。	代筆者名前	続柄	
ワクチン名・ロット番号	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日	

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 保予-2026-2-26

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。

・市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」

…①を記入

・介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書)」、又は「納入通知書(保険料額変更通知書)」

…②を記入

・「後期高齢者医療資格確認書」(又はオンライン資格確認での確認)

…③を記入

・生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」

…④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」

…⑤を記入

●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。高齢者带状疱疹予防接種時に取得した証明書を、高齢者肺炎球菌等他のB類定期接種に再度利用していただくことができます。

※肺炎球菌・带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）

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温		度 分	
住 所	福山市	生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日	
フリガナ		(年齢)	(満 歳)		
名 前		性 別	男 ・ 女		
		電 話 番 号	() -		

※ 次の各欄により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証・マイナンバーカード ○免許証 ○その他公的書類
福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
- ② 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1~3段階のものに限る。)
- ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
- ④ 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)
- ⑤ 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)

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。 (ア) シングリックス(組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)	前回接種日 年 月 日		
今日の带状疱疹の予防接種について、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()	はい	いいえ	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。 (注)免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません	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ことがありますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類()	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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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

該当する場合に
 65歳以上65歳未満で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。
 (高齢者带状疱疹予防接種の適応者であるが、免疫機能が低下し、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。

带状疱疹予防接種希望書(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、接種を(**希望します・希望しません**)
 について理解した上で、接種を希望しますか。
 *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ことなく、本人署名欄に**本人の名前**を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。

ワクチン名・ロット番号	接種方法・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. シール貼付け可 有効期限も確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名	年 月 日

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 保 存 2026.2.26

接種時の体温を記入

接種時に対象者が記入

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名(直筆)又は記名ゴム印+朱印

該当する場合☑する。

対象者が該当する方を○で囲む。

対象者が署名(直筆)

接種後に医療機関で記入
 なお、ワクチン名・Lot No.については、シールの貼付可
 また、接種した方のワクチンを○で囲む。

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住所	福山市	生年月日	大正・昭和	年 月 日
フリガナ		(年齢)	(満 歳)	
名前		性別	男・女	
		電話番号	()	-

※次の書類により市民であることを確認してください。①資格確認書・受給者証、マイナンバーカード、②免許証、③その他公的書類。福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
- ② 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1～3段階のものに限る。)
- ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
- ④ 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)
- ⑤ 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)

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。 (今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。 (ア) シングリックス(組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)	はい (ア)	いいえ (イ)	
今日の带状疱疹の予防接種について、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()	はい	いいえ	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。 (注)免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません。	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ことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()	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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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前後の注意事項について、説明します。

医師署名又は記名押印

該当する場合に 60歳以上65歳未満で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。
 組換えワクチンの接種間隔。疾病又は治療により、接種間隔が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。

带状疱疹予防接種希望書(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、接種を(希望します・希望しません) *どちらかを○で囲む。
について理解した上で、接種を希望しますか。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。

※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反することなく、本人署名欄に「本人の名前」を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。

ワクチン名・ロット番号	接種方法・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. ※シール貼付け可 有効期限を確認	シングリックス 筋肉内注射 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」 皮下注射 0.5ml	実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日

※この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 保字第一〇二六.二.二.二六

接種時の体温を記入

接種時に代筆者が対象者の情報・状態を記入

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む。

医師の署名(直筆)又は記名ゴム印+朱印

該当する場合に○する。

代筆者が対象者の意思を確認し、該当する方を○で囲む。

代筆者が対象者の名前を記入

代筆者が代筆者自身の名前を記入。また、対象者からみた代筆者の続柄を記入

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、シールの貼付け可
また、接種した方のワクチンを○で囲む。

※接種対象者に対し、個別通知に同封して発送します。
 ※本市HPからダウンロードして印刷いただくことも可能です。

2026年度高齢者带状疱疹予防接種説明書

【説明書】

高齢者带状疱疹予防接種について

- どんな病気でしょうか
 - 带状疱疹は、過去に水痘にかかった時に体の中に潜伏した水痘带状疱疹ウイルスが再活性化することにより、神経支配領域に沿って、典型的には体の左右どちらかに帯状に、時に痛みを伴う水疱が出現する病気です。合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「带状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。
 - 带状疱疹は、70歳代で発症する人が最も多くなっています。
- ワクチン接種について
 - 定期接種の対象者
 - ① 年度内に65歳を迎える人
 - ② 60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能が低下し、日常生活がほとんど不可能な人
 - ③ 2025年度（令和7年度）から2029年度（令和11年度）までの5年間の経過措置として、その年度内に70、75、80、85、90、95、100歳（※）となる人も対象となります。
 ※100歳以上の人は、2025年度（令和7年度）に限り全員対象となります。
 - ワクチンの種類・接種間隔等

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大徹研：乾燥弱毒生水痘带状疱疹ワクチン「ビケン」）、組換えワクチン（GSK社：シングリックス）の2種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なります。いずれのワクチンも、带状疱疹とその合併症に対する予防効果が認められています。

接種回数 (接種方法)	生ワクチン (阪大徹研)	組換えワクチン (GSK社)
接種スケジュール	1回 (皮下に接種)	2回 (筋肉内に接種)
接種できない人	病気が治療によって、免疫が低下している人は接種できません。	通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種 ※病気が治療により、免疫の機能が低下し又は低下する可能性がある人等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を1か月まで短縮できます。
接種に注意が必要な人	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた人は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた人は治療後6か月以上置いて接種してください。	免疫の状態に関わらず接種可能です。 筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障がいを持つ人、抗凝固療法を実施されている人は注意が必要です。

その他に、接種前に発熱を呈している人、重篤な急性疾患に罹っている人、それぞれ予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかでない人は

れはワクチンも接種できません。
 また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する人、予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギーを起こすおそれのある人等はいずれのワクチンについても接種に注意が必要です。

(3) 带状疱疹ワクチンの効果

带状疱疹に対するワクチンの効果 (報告)	生ワクチン (阪大徹研)	組換えワクチン (GSK社)
接種後1年時点	6割程度の予防効果	9割以上の予防効果
接種後5年時点	4割程度の予防効果	9割程度の予防効果
接種後10年時点	—	7割程度の予防効果

※ 合併症の一つである、带状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後3年時点で、生ワクチンは6割程度、組換えワクチンは9割以上と報告されています。

3 带状疱疹ワクチンの副反応
 ワクチン接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	生ワクチン (阪大徹研)	組換えワクチン (GSK社)
70%以上	—	疼痛*
30%以上	発赤*	発赤* 筋肉痛、疲労
10%以上	そう痒感*、熱感* 腫脹*、疼痛*、硬結*	頭痛、腫脹* 悪寒、発熱、胃腸症状
1%以上	発疹、倦怠感	そう痒感*、倦怠感、その他の疼痛*

* ワクチンを接種した部位の症状

4 予防接種による健康被害救済制度について
 予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障がいが残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師及び保健所保健予防課にご相談ください。

- 5 受けるにあたって
- 1) 接種場所です。必ず体温を測定し、診察を受けてから接種します。
 - 2) 予診票は接種してもらった医師への大切な情報です。責任をもって記入してください。
 - 3) 注射した部位を清潔に保つようしてください。また、接種当日は、激しい運動や深酒はさけてください。接種当日の入浴は問題ありません。
- * 接種直後から30分程度は安静にし、体調の変化に注意してください。体調に異常を感じた場合は、すぐに医療機関に連絡してください。

【問い合わせ先】
 福山市保健所 保健予防課
 電話 (084) 928-1127

【 見本 】

福山市長 枝広 直幹

令和 **8** 年度 納入通知書（保険料額変更通知書）兼特別徴収中止通知書

令和 **8** 年度の介護保険料を変更しましたので通知します

被保険者番号
生年月日
住所
変更年月日
変更理由
年間保険料額

**年度をご確認ください。
(2026年度(令和8年度)のものが対象です。)**

	特別徴収	普通徴収	特別徴収	普通徴収	普通徴収の場合の納期限
これまでの保険料納付方法等	4月			0	
保険料徴収方法 特別徴収	5月			0	
特別徴収義務者	6月			0	
特別徴収対象年金	7月			0	
	8月			0	
厚生労働大臣	9月			0	
	10月			0	
特別徴収対象年金	11月			0	
	12月			0	
厚生年金保険老齢年金	1月			0	
	2月			0	
これから保険料納付方法等	3月			0	
	1月			0	
保険料徴収方法 特別徴収、納付書払い	2月			0	
特別徴収義務者 厚生労働大臣	3月			0	

特別徴収対象年金 厚生年金保険老齢年金	計		0	0	
*****	合計額				
*****	差引増減額				

特別徴収（年金からの差し引き）がすぐには中止されないため、次に支給される年金から、変更前の保険料額を差し引く場合があります。

< 保険料額変更通知書の場合は、変更後の保険料段階を確認してください。 >

接種する月の保険料段階が「第1～3段階」
（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。

普通徴収（口座振替等）の場合の口座情報

金融機関	*****											
口座種目	*****											
口座名義人	*****											
(お問合せ先)	*****											

(変更前) 月 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
 保険料段階 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

(変更後) 月 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
 保険料段階 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

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	割									
発 効 期 日	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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									印
並 び に 保 険 者 の 名 称										
及 び 印	広島県後期高齢者医療広域連合									

● 「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。

● 後期高齢者医療制度以外の健康保険資格確認書では確認できません。

証明書(医療機関用)

住所
名前

4月～5月に高齢者肺炎球菌及び帯状疱疹の予防接種を受ける場合は、2025年度(令和7年度)の証明書(有効期限2026年(令和8年)5月31日)が有効となります。

上記の者の世帯は、2026年度(令和8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・带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・带状疱疹予防接種の場合、この証明書の有効期限は2027年(令和9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。

2026年(令和8年) 月 日

福山市長 枝広 直幹

資料③-5

休日・夜間等受診票

この受診票に記載してある世帯員だけ医療券を
発行します。

交付年月日
年 () 年) 4月 1日

被保護者名前	性別	生年月日	社会保険の有無
以下余白			

名前	
住所	福山市
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

【指定医療機関へのお願い】

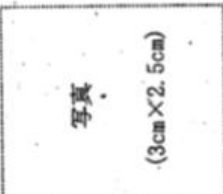
- この受診票は、休日・夜間等に受診する場合にのみ医療機関の窓口に提示するものです。なお、医療券は、被保護者からの届け出によって交付手続きを行います。医療券が届かない場合には、発行者へご連絡ください。後日送付します。
- 社会保険の有無の欄が有となっている場合には生活保護(医療扶助)と社会保険との併用になります。

連絡先	福山市生活福祉課 第 担当 地区担当員：
	広島県福山市東桜町3番5号 電話番号：084-928-1067

本人確認証

名前 前
生年月日 昭和 年 月 日
性別
住所 広島県福山市

福生福第 号



上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）に基づき支援給付の支給決定されていることを証明する。



福山市長

発行日 年 () 年 () 月 () 日

この確認証の有効期間は、年 () 年 () 月 () 日 から 年 () 年 () 月 () 日までとする。

(注意)

- (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下さいます。
 - 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て提示して下さい。

90010

有効期間をご確認ください。

代筆について

- 1 接種対象者が予診票に自筆することが困難な場合にのみ、接種時に代筆者が予診項目等を代筆し、また「本人署名」欄には接種対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び「続柄」欄に代筆者の名前及び接種対象者との続柄を記入する。
- 2 接種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。
(原則として、接種対象者本人の接種意思を確認した者が代筆する。)
- 3 本予防接種は、接種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、接種対象者の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。
(接種対象者の同意なく接種はできません。)

(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られ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つかない場合には、①～④に記入するワクチンの種類の順番は問いません。

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

・各ワクチンのロット番号

患者に接種したワクチンのロット番号を記入してください。

・各ワクチンの製造販売業者名

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

・各ワクチンの接種回数

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

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

接種の状況

・接種日

患者が予防接種を受けた日時を記入してください。

・出生体重

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

・接種前の体温

患者の予診時の体温を記入してください。

・家族歴

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

・予診票での留意点（基礎疾患、アレルギー、最近1ヵ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等）

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

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

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（キャッチアップ接種を含む。）に係る報告の際には、最近1ヶ月に限らず過去のヒトパピローマウイルス感染症の予防接種について、

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

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

（※）の記載例：3回目接種後に報告する場合

1回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

2回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

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

症状の概要

・症状

患者の受けた予防接種が定期接種又は臨時接種だった場合

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

患者の受けた予防接種が任意接種だった場合

症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。様式2ページ目に同じ症状名がある場合は、できる限り、様式2ページ目にある症状名で記載をお願いいたします。原則として医学的に認められている症状名を記載してください。

・発生日時

症状の発生した日時を記入してください。

・本剤との因果関係

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

・他要因（他疾患等）の可能性の有無

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

・概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）：詳細は別表参照

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

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

・製造販売業者への情報提供

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

症状の程度

今回の症状の程度について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。「重い」を選択した場合には、その程度について該当する番号に○印を記入してください。なお、「入院」を選択した場合には、入院した病院名、担当医の氏名、入院日及び退院日を記入してください。

症状の転帰

今回の症状の転帰について、報告時点で判明している場合には、転帰日を記入するとともに、その内容について、該当する番号に○印を記入してください。報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。

報告者意見

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

報告回数

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

別表 各症状の概要

症 状	疾病概要・臨床所見・検査所見	症状発生までの時間
アナフィラキシー	<p><u>疾病概要：</u> 即時型（I型）アレルギー反応を主たる発生機序とし、通常、抗原に曝露してから30分以内（場合によっては数時間後）に突然に発症し、急速な症状の進行を伴う過敏反応である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <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 style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：アナフィラキシー https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf</p>	4時間
化膿性リンパ節炎（BCG）	<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

	<input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、倦怠感） <input type="checkbox"/> 局所症状（例；リンパ節での膿瘍、瘻孔の形成） <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査	
肝機能障害	<u>疾病概要：</u> 発生機序を問わず、肝機能に異常を来した状態の総称である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <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、掻痒感） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：AST、ALT の変動 等 <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 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf	28日
間質性肺炎	<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。 <u>代表的な臨床所見：</u> <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 <u>代表的な検査所見：</u> <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 <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 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf	28日
急性散在性 脳脊髄炎（A DEM）	<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髄と炎症を来す疾患である。 <u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</u> <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 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査；中枢神経系の脱髄巣、細胞浸潤 <input type="checkbox"/> 血液検査；白血球増多、赤沈亢進 <input type="checkbox"/> 髄液検査；リンパ球優位の細胞数増多 <input type="checkbox"/> 画像検査；MRI による散在性の白質病変 等 <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 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf	28日
急性汎発性 発疹性膿疱 症	<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。 <u>代表的な臨床所見：</u> <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） <u>代表的な検査所見：</u>	28日

	<input type="checkbox"/> 血液検査：好中球優位の白血球増多と炎症反応（CRP）の上昇等 <input type="checkbox"/> 病理検査：角層下膿疱、表皮内膿疱 等 <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 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf	
ギラン・バレー症候群	<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髄性疾患である。 <u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</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 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：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 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ギラン・バレー症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf	28日
けいれん	<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。 <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 <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 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：痙攣・てんかん https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf	7日 （麻しん、風しんは、21日）
血管炎	<u>疾病概要：</u> 非特異性の炎症性変化で、繊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。 <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、多発性単神経炎、糸球体腎炎） 等 <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	28日
血管迷走神経反射 （失神を伴うものに限る。）	<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。 <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	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> <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：血小板の減少 等</p>	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> <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 感覚異常 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 排尿困難 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 等</p>	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> <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 中心暗点 <input type="checkbox"/> 眼球運動痛 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 視力検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 等</p>	28日
髄膜炎（BCG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> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、頭痛、悪心・嘔吐 等） <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、けいれん、項部硬直などの髄膜刺激症状）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、BCGの検出 等</p>	-
全身播種性BCG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> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、咳嗽） <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液） <input type="checkbox"/> 血液検査：炎症所見 <input type="checkbox"/> 画像検査：リンパ節腫大、空洞病変、粟粒陰影 等</p>	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> <input type="checkbox"/> 呼吸症状 （例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ） 等</p>	24時間

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

BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎)	<p><u>疾病概要：</u> BCGによる骨炎、骨髄炎、骨膜炎である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、腫瘤等） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 画像：骨の透亮像、膿瘍形成 等</p>	2年
皮膚結核様病変	<p><u>疾病概要：</u> 真性（正）皮膚結核や結核疹等結核菌によって皮膚に起こる病変の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 皮疹（全身性、限局性）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 病理検査：類上皮肉芽腫、Langhans 巨細胞 等</p>	3か月
皮膚粘膜眼症候群	<p><u>疾病概要：</u> 原因の多くは医薬品と考えられ、全身症状とともに皮膚粘膜移行部に皮疹を呈する疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱） <input type="checkbox"/> 皮膚症状（例；多形滲出性紅斑、口唇のびらん） <input type="checkbox"/> 眼症状（例；結膜充血、眼脂） 等</p> <p><u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ステイブンス・ジョンソン症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf</p>	28日
注射部位壊死又は注射部位潰瘍	<p><u>疾病概要：</u> 注射部位を中心として蜂巣炎・蜂巣炎様反応（発赤、腫脹、疼痛、発熱等）があらわれ、壊死や潰瘍に至る症状。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の壊死、潰瘍等） 等</p> <p><u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査 等</p>	28日
蜂巣炎（これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。）	<p><u>疾病概要：</u> 皮膚及び皮下組織等に生じる細菌感染症並びにそれに類する症状である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、発赤等） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像：炎症所見 等</p>	7日
末梢神経障害	<p><u>疾病概要：</u> 末梢神経（運動神経、感覚神経、自律神経）の働きが低下するために起こる障害。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 運動障害（例；筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等）</p>	28日

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

	<p style="text-align: right;">等 等</p> <input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB <input type="checkbox"/> 心電図検査 <u>参考資料</u> 日本循環器学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本心不全学会 急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン（2009年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf	
心膜炎	<p><u>疾病概要：</u> 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> <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）	28日
熱性けいれん	<p><u>疾病概要：</u> 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> <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><u>代表的な検査：</u></p> <input type="checkbox"/> 検温 <input type="checkbox"/> 血液検査 等 <p><u>参考資料</u> 日本小児神経学会熱性けいれん診療ガイドライン策定委員会 熱性けいれん診療ガイドライン 2015 https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33 </p>	7日

予防接種後副反応疑い報告書

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

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	4時間	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載	
	2 脳炎・脳症	28日		
	3 けいれん	7日		
	4 血小板減少性紫斑病	28日		
	5 その他の反応	—		
	麻疹 風しん	1 アナフィラキシー		4時間
		2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)		28日
		3 脳炎・脳症		28日
		4 けいれん		21日
		5 血小板減少性紫斑病		28日
6 その他の反応		—		
日本脳炎	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 脳炎・脳症	28日		
	4 けいれん	7日		
	5 血小板減少性紫斑病	28日		
	6 その他の反応	—		
結核 (BCG)	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 全身播種性BCG感染症	1年		
	3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)	2年		
	4 皮膚結核様病変	3か月		
	5 化膿性リンパ節炎	4か月		
	6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。)	—		
	7 その他の反応	—		
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	4時間		
	2 けいれん	7日		
	3 血小板減少性紫斑病	28日		
	4 その他の反応	—		
ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 ギラン・バレー症候群	28日		
	4 血小板減少性紫斑病	28日		
	5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)	30分		
	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	—		
水痘 帯状疱疹	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 ギラン・バレー症候群	28日		
	3 血小板減少性紫斑病	28日		
	4 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの)	—		
	5 その他の反応	—		
B型肝炎	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 多発性硬化症	28日		
	4 脊髄炎	28日		
	5 ギラン・バレー症候群	28日		
	6 視神経炎	28日		
	7 末梢神経障害	28日		
	8 その他の反応	—		
ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 腸重積症	21日		
	3 その他の反応	—		
インフルエンザ	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 脳炎・脳症	28日		
	4 けいれん	7日		
	5 脊髄炎	28日		
	6 ギラン・バレー症候群	28日		
	7 視神経炎	28日		
	8 血小板減少性紫斑病	28日		
	9 血管炎	28日		
	10 肝機能障害	28日		
	11 ネフローゼ症候群	28日		
	12 喘息発作	24時間		
	13 間質性肺炎	28日		
	14 皮膚粘膜眼症候群	28日		
	15 急性汎発性発疹性膿疱症	28日		
	16 その他の反応	—		
高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 ギラン・バレー症候群	28日		
	3 血小板減少性紫斑病	28日		
	4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日		
	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。)	7日		
	6 その他の反応	—		
新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	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。)	28日		
	3 心筋炎	28日		
	4 心膜炎	28日		
	5 熱性けいれん	7日		
	6 その他の反応	—		

報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)

<注意事項>

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

急性散在性脳脊髄炎(ADEM)調査票

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

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

ギラン・バレ症候群(GBS)調査票

1. 臨床症状	① 以下の臨床症状について該当項目を全て選択	
	<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) <input type="checkbox"/> 筋力低下を来した上肢や下肢における深部腱反射の低下または消失 <input type="checkbox"/> 不明	
2. 疾患の経過	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)	
	<input type="checkbox"/> 0:正常 <input type="checkbox"/> 1:軽微な神経症候を認める <input type="checkbox"/> 2:歩行器、またはそれに相当する支持なしで5mの歩行が可能 <input type="checkbox"/> 3:歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能 <input type="checkbox"/> 4:ベッド上あるいは車椅子に限定(支持があっても5mの歩行が不可能) <input type="checkbox"/> 5:補助換気を要する <input type="checkbox"/> 6:死亡 <input type="checkbox"/> 不明	
3. 電気生理学的検査	<input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> GBSと一致する (該当項目を全て選択) <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 <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 <input type="checkbox"/> F波潜時の延長 <input type="checkbox"/> その他、GBSに合致する所見	
4. 髄液検査	<input type="checkbox"/> GBSとは一致しない <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) 細胞数 ()/ μ L 糖 ()mg/dL 蛋白 ()mg/dL <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/ μ Lを下回るCSF総白血球数) <input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明	
5. 鑑別診断	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)	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 該当疾患名() <input type="checkbox"/> 不明	
6. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		該当項目を全て選択 <input type="checkbox"/> 脊髄灰白質病変 <input type="checkbox"/> 馬尾の造影病変 <input type="checkbox"/> その他 部位() 所見()
<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明		

7. 自己抗体の検査	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		抗GM1抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
		抗GQ1b抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
		<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 未実施	
	<input type="checkbox"/> 不明	
8. 先行感染の有無	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> 上気道炎
		<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 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、その他のウイルス)
脊髄神経根	慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー 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チー(ビンクリスチン、プラチナ化合物、ニトロフラントイン、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チー(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	重症疾患ミオパチー(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いいたします。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、報告するようお願いいたします。

※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。			
1. 臨床症状/所見	<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"/> 痙攣 (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"/> うっ血乳頭 (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"/> 咯血 (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、いずれか早い日を記載。) 西暦 年 月 日			
2. 検査所見	初回検査日 (西暦 年 月 日)	経過中の最低値 *1 または最高値 *2	
	<血算>		
	スマアでの凝集所見	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	
	白血球数	(/ μ L)	
	赤血球数	($\times 10^4$ / μ L)	
	血色素	(g/dL)	
	ヘマトクリット	(%)	
	血小板数	($\times 10^4$ / μ L)	
	平時の血小板数*	($\times 10^4$ / μ 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	(μ g/mL)		
FDP	(μ 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 <input type="checkbox"/> 核酸増幅法 (PCR / LAMP) <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> その他()		
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) ()		

超音波検査

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明
 撮影部位 頸部 心臓 腹部 下肢 その他（ ）
 血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※詳細な部位と所見を記載。

{ }

CT検査

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明
 造影あり 造影なし

撮影部位 頭部 頸部 胸部 腹部 下肢 その他（ ）
 血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※詳細な部位と所見を記載。

{ }

MRI検査

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明
 造影あり 造影なし

撮影部位 頭部 頸部 胸部 腹部 下肢 その他（ ）
 血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※詳細な部位と所見を記載。

{ }

3.画像検査**血管造影検査**

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明
 撮影部位（ ）

血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※詳細な部位と所見を記載。

{ }

肺換気血流シンチグラフィー

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明

血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※詳細な部位と所見を記載。

{ }

胸部X線検査

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明

血栓・塞栓症の所見 示唆する所見あり なし

※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。

{ }

その他の特記すべき検査

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施

血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※詳細な部位と所見を記載。

{ }

**4. 外科的処置/
病理学的検査****外科的処置**

実施 処置日（西暦 年 月 日） 未実施 不明

処置名；（ ）例；血栓摘出術

血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。

{ }

病理学的検査

実施 検査日（西暦 年 月 日） 未実施 不明

血栓・塞栓症の所見 あり 疑う なし

※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。

{ }

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 あり なし

(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 あり (罹患時期 ; 西暦 年 月 日) なし 不明**5. その他****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)** あり (最終投与日 ; 西暦 年 月 日) なし 不明

(投与理由 ;)

血栓のリスクとなる因子 あり なし 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 ^{*2} 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;) | |
| <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 ^{*1} (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

※ 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いいたします。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、報告するようお願いいたします。

※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。 ()
	※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。 心嚢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) ()
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"/> 倦怠感 (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) ()
	※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 (μg/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) ()

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	生年月日	年 月 日 (接種日時点の年齢 歳 か月)
	保護者名			
誤接種の内容	接種日	年 月 日	ワクチンの種類	
	メーカー	ロット番号		
	概要			
事実経過 (健康被害の有 無も含めて)				
原因 (問題点等)				
対策 (改善策)				
被害者(保護者) への対応結果				

上記のとおり報告します。

年 月 日

福山市長 様
(保健予防課)

医療機関名

代表者名

(印)

定期予防接種（特例）申請書

福山市長様

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかつた状態が改善したため、次のとおり定期予防接種を受けたく申請します。

年 月 日

・ 被接種者住所

・ 被接種者名

・ 生年月日 年 月 日

・ 電話番号

・ 接種予定日 年 月 日

(未定の場合は記載不要)

(添付書類)

○意見書（長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置）

