

福山市 高齢者肺炎球菌 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	P 2
6	予防接種料金（個人負担金）	
7	予診の方法	P 3
8	接種不相当者及び接種要注意者	
9	予診票への署名について	
10	施設入所者について	P 4
11	他の予防接種との接種間隔	
12	高齢者肺炎球菌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 5
15	予防接種後副反応疑い報告書について	P 6
16	予防接種に係る間違いの防止について	
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 7
19	その他	P 8
20	資料等	P 9

福山市

1 予防接種の種類

高齢者肺炎球菌予防接種（沈降20価肺炎球菌結合型ワクチンでの接種）

肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）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予防に比重をおいて行うものであり、集団発生を防ぐものではありません。接種を受ける法律上の義務はなく、対象者が自らの意思で接種を希望する場合にのみ予防接種を行うものです。

2 実施期間

2026年（令和8年）4月1日～2027年（令和9年）3月31日

3 接種の場所

実施協力医療機関（個別接種）

接種を希望する者が寝たきり等の理由から、当該医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、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、入院施設等での予防接種を実施することは差し支えありません。

4 対象者の確認

対象者は、福山市に住民票のある人で、原則として肺炎球菌ワクチンを接種したことがなく（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。）、次の①又は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とします。

なお、接種前には接種を希望する者から、次に掲げる【本人確認書類】の提示を求めるなど、年齢及び住所等から対象者であることを慎重に確認してください。

① 65歳の者（65歳の誕生日前日から66歳の誕生日前日まで）

② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい（身体障がい者手帳おおむね1級に相当する程度。肢体・視覚・聴覚障がいなどは除く。）及びヒト免疫不全ウイルスにより、免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい（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

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（新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザを除く。）を受けることができなかっ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

※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。

5 接種の回数

1人につき1回（筋肉内接種）とします。

※過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある者は原則として対象外です。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。

6 予防接種料金（個人負担金）

- ・ 1件につき4,100円
- ・ 次の①、②、③のいずれかに該当し、【証明書】を事前に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。（記入例I参照）
- ・ 予防接種を行った際に徴収した個人負担金の領収書は、実施協力医療機関がそれぞれの定める様式（レシート等）により発行してください。

【個人負担金免除者】	【証明書】
① 市民税非課税世帯の世帯員	<p>Ⓐ 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）」 （保険料段階が01～03段階に限る。）…見本Ⓐ-1又はⒶ-2 ※保険料段階が第4段階以上の人でも市民税非課税世帯の場合があります。該当する人は他の証明書（Ⓑ又はⒸ）で御確認ください。</p> <p>又は</p> <p>Ⓑ 後期高齢者医療資格確認書…見本Ⓑ （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。） ※後期高齢者医療のものに限ります。（国保等は対象外） ※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。</p> <p>又は</p> <p>Ⓒ 市民税非課税世帯の証明書（医療機関用）…見本Ⓒ （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	<p>Ⓓ 休日・夜間等受診票…見本Ⓓ （接種日時点で、有効であるものに限る。）</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>Ⓔ 写真付の本人確認証…見本Ⓔ （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」欄は、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。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 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 当該疾病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※接種不適合者に予防接種を行った場合、当該予防接種は福山市が実施する高齢者肺炎球菌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、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の接種希望であることを確認し、文書による同意を確実に得る必要があります。

9 予診票への署名について

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

- (1) 予防接種の実施に当たっては、事前に説明書等により、有効性、接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について適切な説明を行い、対象者がその内容を十分に理解したことを確認してください。
- (2) 対象者は、医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に署名することになります。予診票に署名しなければ接種を行うことはできないので注意してください。
- (3) 対象者の意思を確認することが困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者の意思を確認することは認められますが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、法に基づいた予防接種を行うことはできません。
 - ① 対象者が署名できる場合：「本人署名」欄に署名します。（記載例は、記入例Ⅱ）

② 対象者が署名できない場合：代筆者が「本人署名」欄に対象者の名前を代筆記名し、「代筆者名前」及び対象者との「続柄」を記入します。（記載例は、記入例Ⅲ。代筆者については、資料②「代筆について」を参照。）

(4) 視覚障がい者等における予診票の記入について

① 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。

② 代筆によりがたい場合は、福山市の予防接種担当課に別途協議するものとします。

1 0 施設入所者について

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

1 1 他の予防接種との接種間隔

高齢者肺炎球菌のワクチンは、不活化ワクチンのため、異なるワクチンの接種間隔に関しては規定がありません。また、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、帯状疱疹ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

1 2 高齢者肺炎球菌予防接種に使用するワクチン等について

(1) 本事業で使用する高齢者肺炎球菌予防接種用の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。（市による注文先業者の指定はありません。）

【注意事項】

沈降 2 0 価肺炎球菌結合型ワクチンは、乳幼児等の定期接種で使用する小児用肺炎球菌ワクチンと同じものです。ワクチンを注文する際は、それが高齢者肺炎球菌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いたします。

(2) 予診票及び予防接種済証、説明書は、昨年度の接種実績を参考に送付しています。追加が必要な場合は、保健予防課へ御連絡いただければ郵送します。また、福山市のホームページからダウンロードして印刷し、御利用いただけます。

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) 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) 福山市から配付された予診票を使用します。

※「4 対象者の確認（1 ページ目）」により、対象者である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) ワクチンを筋肉内に1回0.5ml注射します。
- (7) 原則として上腕の三角筋部に筋肉内注射により行ってください。なお、明らかに筋肉量が少ない場合などは、年齢に関係なく大腿前外側部（外側広筋）に接種することも可能ですが、臀部には接種しないでください。
- (8) 接種後は、予診票にワクチンメーカー名・ロット番号・接種量・実施場所（実施協力医療機関名）・医師名・接種年月日を記入してください。ワクチンメーカー名・ロット番号欄の記入に代えて、ロット番号が記載されたシールを貼付しても構いません。
- (9) 接種後は、対象者に「高齢者肺炎球菌予防接種済証」を交付してください。

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带状疱疹予防接種は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）

(1) 厚生労働省令に定める特別の事情

- ① 次のア～ウ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③-2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を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つた場合に限る。）
 - 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つた場合に限る。）
- ※④に該当するかについては、保健予防課と協議して決定するものとします。

(2) 実施方法

- ① 対象者は、事前に別紙 資料③-1「定期予防接種（特例）申請書」及び資料③-2「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 接種した予防接種の予診票及びそのコピーを、月ごとの予診票と併せて提出してください。
- ⑤ 実施報告については、高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書と併せて提出期限までに、各提出先へ提出してください。その際、予診票の空欄に「長期療養疾病対象者」と記入してください。

(3) 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書について

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に報告してください。

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

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「予防接種後副反応疑い報告書」（資料④-2）及び「予防接種後副反応疑い報告書報告基準」（資料④-2の裏面）を記入し、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）の場合は「急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票」（資料④-3）を、ギラン・バレ症候群（GBS）の場合は「ギラン・バレ症候群（GBS）調査票」（資料④-4）を併せて、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④-1）を参照してください。

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⑤）」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。報告後の処理につきましては、改めて保健予防課より連絡します。

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、福山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。住所を確認して、実施してください。

詳細は、次の表のとおり。

被接種者	被接種者の提出書類	接種料金	被接種者の負担	使用するワクチン	請求・報告先
広島県内の住民					
広域化予防接種事業参加市町の住民	(※) 予防接種券 (高齢者肺炎球菌)	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。）

(2) 福山市民以外の高齢者肺炎球菌予防接種の対象者で、予防接種券又は依頼書の提出がなかった場合の取扱い

被接種者に対し、住所地（住民票のある市町村）の予防接種担当窓口へ、住所地以外の市町村での接種を希望する旨を申し出るよう伝える。（被接種者は、住所地の市町村長から予防接種券か依頼書（原本）が手元に届き次第、医療機関へ提出後、接種を行う。）

1.8 予防接種の実施報告について

- (1) 実施協力医療機関は、「高齢者肺炎球菌予防接種実施報告書」（別紙2）に接種件数を、低所得者及び低所得者以外に分けて記入のうえ、予診票と併せて次のとおり提出してください。

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、委託料支払対象となっています。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、他のB類定期予防接種（高齢者帯状疱疹、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。

※ 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 ⇒ 保健予防課 医師会に加入していない実施協力医療機関 ⇒ 〃 松永沼隈地区医師会加入医療機関のうち （内海町、沼隈町内の実施協力医療機関） ⇒ 沼隈支所保健福祉担当 （その他の実施協力医療機関） ⇒ 松永保健福祉課 府中地区医師会加入実施協力医療機関 ⇒ 北部保健福祉課 深安地区医師会加入医療機関のうち （神辺町内の実施協力医療機関） ⇒ 神辺保健福祉課 （加茂町内の実施協力医療機関） ⇒ 北部保健福祉課 ※郵送で提出する場合 → 保健予防課 (TEL: 928-1127) 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11-22
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、分けて提出すること。
備考	・提出期限までに実施報告書の提出がない場合は、該当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（令和9年）3月31日とします。） ・最終報告については、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。

(2) 福山市は、提出された実施報告書・予診票を審査し、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、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を通して、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。

1.9 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) 個人負担金免除に必要な証明書は、次のとおりです。

- ・見本㉔、見本㉕及び見本㉖は、それぞれの制度の対象者に交付されているものです。
- ・見本㉗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、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。記載がない場合でも免除対象外とは限りませんので、御注意ください。また、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。

- ・見本㉔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、福山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、御注意ください。

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）予防接種委託料単価表

資料① 機能障がいの程度

資料② 代筆について

資料③-1 定期予防接種（特例）申請書

資料③-2 意見書（長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置）

※裏面に別表

資料④-1 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④-2 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④-3 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票

資料④-4 ギラン・バレ症候群（GBS）調査票

資料⑤ 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㉕-1 介護保険 納入通知書（決定通知書）

見本㉕-2 介護保険 納入通知書（変更通知書）

見本㉖ 後期高齢者医療資格確認書

見本㉗ 証明書（医療機関用）

見本㉘ 休日・夜間等受診票（生活保護の方）

見本㉙ 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。

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
 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	低所得者以外	件数	合計 (①)	内60歳～65歳 未満の方	予診のみ 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
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	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	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)予防接種委託料単価表

(接種1件当たり)

種 別	実施方法	委託料単価	予防接種料金 (個人負担金)
高齢者肺炎球菌	個別接種	7,620円	4,100円 (低所得者以外)
		11,720円	0円 (*:低所得者)
予診のみ実施した場合	個別接種	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) 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

* 2026年度から、福山市によるワクチンの一括購入を取りやめ、接種委託料にワクチン代等相当額を上乗せしています。

機能障がい の 程度

① 心臓機能障がい

ア. 次のいずれか二つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己の身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰越シアダム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 心電図で陈旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第2度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- h 心電図で第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただしV1を除く)のいずれかのTが逆転した所見があるもの

イ. 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

② じん臓機能障がい

じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身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50Torr以下のもの。

予測肺活量一秒率とは、一秒量(最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長で正常ならば当然であると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

④ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

ア. CD4陽性Tリンパ球数が200/ μ l以下で、次の項目(a~l)のうち6項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について3,000/ μ l未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- b Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- c 血小板数について10万/ μ l未満の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- d ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5,000コピー/ml以上の状態が4週間以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く。
- e 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある。
- f 健常時に比し10%以上の体重減少がある。
- g 月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く。
- h 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月の7日以上ある。
- i 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある。
- j 口腔内カンジダ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、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。

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。)

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っ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)

意見書

資料③-2

(長期療養疾病等による定期予防接種の特例措置)

被接種者	ふりがな			性 別	男 ・ 女			
	名前							
	生年月日	年	月	日	(歳	月)		
	住所							
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 と判断した理由 (該当する理由に チェックし(☑) 詳細を記入して ください。)	<input type="checkbox"/> ① 免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病、又は免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病等にかかったこと。(疾病例は別表のとおり。)							
	疾 病 名							
	(状況)							
	療 養 期 間	年	月	日	～	年	月	日
	(※やむを得ず予防接種を受けることができなかつた期間のこと)							
	<input type="checkbox"/> ② 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと。							
	(臓器移植の内容)							
	(免疫の機能を抑制する治療の内容)							
	療 養 期 間	年	月	日	～	年	月	日
	(※やむを得ず予防接種を受けることができなかつた期間のこと)							
<input type="checkbox"/> ③ 医学的知見に基づき、上記の①又は②に準ずると認められるもの。								
(①又は②に準ずると認められる状況)								
療 養 期 間	年	月	日	～	年	月	日	
(※やむを得ず予防接種を受けることができなかつた期間のこと)								
上記のとおり、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と判断した。								
年 月 日								
医 療 機 関 名 :								
所 在 地 :								
電 話 番 号 :								
医 師 名 :								
(署名又は記名押印)								
⑩								

別表

分類	名称	分類	名称
悪性新生物	白血病 悪性リンパ腫 ランゲルハンス(細胞)組織球症(Histiocytosis X) 神経芽細胞腫 ウィルムス(Wilms)腫瘍 肝芽腫 網膜芽細胞腫 骨肉腫 横紋筋肉腫 ユーイング(Ewing)肉腫 末梢性神経外胚葉腫瘍 脳腫瘍	慢性腎疾患	ネフローゼ症候群 巣状糸球体硬化症 慢性糸球体腎炎 急速進行性糸球体腎炎 グッドパスチャー(Goodpasture)症候群 バーター(Bartter)症候群
		慢性呼吸器疾患	気管支喘息 慢性肺疾患 特発性間質性肺炎
		慢性心疾患	期外収縮 心房又は心室の細動 心房又は心室の粗動 洞不全症候群 ロマノ・ワルド(Romano-Ward)症候群 右室低形成症 心室中隔欠損症 心内膜床欠損症(一次口欠損症、共通房室弁口症) 心房中隔欠損症(二次口欠損症、静脈洞欠損症) 単心室症 単心房症 動脈管開存症 肺静脈還流異常症 完全大血管転位症 三尖弁閉鎖症 大血管転位症 大動脈狭窄症 大動脈縮窄症 肺動脈閉鎖症 両大血管右室起始症 特発性肥大型心筋症 特発性拡張型心筋症 小児原発性肺高血圧症 高安病(大動脈炎症候群)
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症 慢性活動性EBウイルス感染症 慢性GVHD(Graft Versus Host disease、移植片対宿主病) 骨髄異形成症候群 再生不良性貧血 自己免疫性溶血性貧血 特発性血小板減少性紫斑病 先天性細胞性免疫不全症 無ガンマグロブリン血症 重症複合免疫不全症 バリアブル・イムノデフィシエンシー(variable immunodeficiency) ディジョージ(DiGeorge)症候群 ウィスコット・アルドリッチ(Wiskott-Aldrich)症候群 後天性免疫不全症候群(AIDS、HIV感染症) 自己炎症性症候群	内分泌疾患	異所性副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)症候群 下垂体機能低下症 アジソン(Addison)病 クッシング(Cushing)症候群 女性化副腎腫瘍 先天性副腎皮質過形成 男性化副腎腫瘍 副腎形成不全 副腎腺腫
神経・筋疾患	ウェスト(West)症候群(點頭てんかん) レノックス・ガストウ(Lennox-Gastaut)症候群 重症乳児ミオクロニーてんかん コントロール不良な「てんかん」 Werdnig Hoffmann病 先天性ミオパチー 先天性筋ジストロフィー ミトコンドリア病 ミニコア病 無痛無汗症 リー(Leigh)脳症 レット(Rett)症候群 脊髄小脳変性症 多発性硬化症 重症筋無力症 ギラン・バレー症候群 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ペルオキシソーム病 ライソゾーム病 亜急性硬化性全脳炎(SSPE) 結節性硬化症 神経線維腫症 I 型(レックリングハウゼン病) 神経線維腫症 II 型	膠原病	シェーグレン(Sjogren)症候群 若年性関節リウマチ スチル(Still)病 ベーチェット病 全身性エリテマトーデス 多発性筋炎・皮膚筋炎 サルコイドーシス 川崎病
		先天性代謝異常	高オルニチン血症—高アンモニア血症—ホモシトルリン尿症症候群 先天性高乳酸血症 乳糖吸収不全症 ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症 ウイルソン(Wilson)病(セルロプラスミン欠乏症) メチルマロン酸血症
慢性消化器疾患	肝硬変 肝内胆管異形成症候群 肝内胆管閉鎖症 原発性硬化性胆管炎 先天性肝線維症 先天性胆道拡張症(先天性総胆管拡張症) 胆道閉鎖症(先天性胆道閉鎖症) 門脈圧亢進症 潰瘍性大腸炎 クローン病 自己免疫性肝炎 原発性胆汁性肝硬変 劇症肝炎 膵嚢胞線維症 慢性膵炎	アレルギー疾患	食物アレルギー
		先天異常	先天奇形症候群 染色体異常

(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付かない場合には、①～④に記入するワクチンの種類の順番は問いません。

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

- ・各ワクチンのロット番号

患者に接種したワクチンのロット番号を記入してください。

- ・各ワクチンの製造販売業者名

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

- ・各ワクチンの接種回数

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

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

接種の状況

- ・接種日

患者が予防接種を受けた日時を記入してください。

- ・出生体重

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

- ・接種前の体温

患者の予診時の体温を記入してください。

- ・家族歴

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

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

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

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

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

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

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

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

（※）の記載例：3回目接種後に報告する場合

1回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

2回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

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

症状の概要

・症状

患者の受けた予防接種が定期接種又は臨時接種だった場合

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

患者の受けた予防接種が任意接種だった場合

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

・発生日時

症状の発生した日時を記入してください。

・本剤との因果関係

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

・他要因（他疾患等）の可能性の有無

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

・概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）：詳細は別表参照

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

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

・製造販売業者への情報提供

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

症状の程度

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

症状の転帰

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

報告者意見

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

報告回数

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

別表 各症状の概要

症 状	疾病概要・臨床所見・検査所見	症状発生までの時間
アナフィラキシー	<p><u>疾病概要：</u> 即時型（I型）アレルギー反応を主たる発生機序とし、通常、抗原に曝露してから30分以内（場合によっては数時間後）に突然に発症し、急速な症状の進行を伴う過敏反応である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u></p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚又は粘膜症状 <input type="checkbox"/> 循環器症状 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 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、搔痒感） 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、繊維性肥厚や癒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（例；痙攣、大脳局在症状、髄膜刺激症候） <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <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)	<u>疾病概要：</u> BCGによる骨炎、骨髄炎、骨膜炎である。 <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 <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	2年
皮膚結核様病変	<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。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 皮疹（全身性、限局性） <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	3か月
皮膚粘膜眼症候群	<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。 <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 <u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 等 <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	28日
注射部位壊死又は注射部位潰瘍	<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。 <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 <u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査 等	28日
蜂巣炎（これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。）	<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。 <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 <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	7日
末梢神経障害	<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。 <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）	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> <p><input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図検査</p> <p><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</p>	
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> <p><input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性発症の胸痛）</p> <p><input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、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</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査：CRP、ESR、D-ダイマー 等</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図検査</p>	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> <p><input type="checkbox"/> 発熱</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査 等</p> <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)	氏名又はイニシャル(姓・名)	フリガナ <small>(定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>	性別	1 男 2 女	接種時年齢	
	住所	都道府県	区市町村	生年月日	T H S R 年 月 日生	
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()				
	医療機関名		電話番号			
	住所					
接種場所	医療機関名					
	住所					
ワクチン	ワクチンの種類 <small>(②~④は、同時接種したものを記載)</small>		ロット番号	製造販売業者名	接種回数	
	①				① 第 期(回目)	
	②				② 第 期(回目)	
	③				③ 第 期(回目)	
	④				④ 第 期(回目)	
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出生体重	グラム <small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>		
	接種前の体温	度 分	家族歴			
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)					
1 有 { } 2 無 { }						
症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 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。 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 →	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: 医師名: 平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 年 月 日 退院 } 6 上記1~5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常				
		2 重くない				
症状の転帰	転帰日	平成・令和 年 月 日				
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明					
報告者意見						
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後					

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	-	
	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	-		
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	-		
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	-		
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	-		
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	-		
1 アナフィラキシー	4時間		
2 血小板減少性紫斑病	28日		
3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの)	-		
4 その他の反応	-		
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	-		
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	-		
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	-		
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	-		
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	-		

<注意事項>

- 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 報告基準中の発生までの時間を超過し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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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、記載しただけで結構です。
- ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の定期的接種にあつては、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。そのため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合は、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的接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明であることを明記してください。
- 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。
- 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(血栓塞栓症を含む、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。
- 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
- 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先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"/> 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を選択) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) <hr/> <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 <hr/> <input type="checkbox"/> GBSとは一致しない <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明	
4. 髄液検査	<input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) <hr/> 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	
	<input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) <hr/> 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"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 脊髓灰白質病変 <input type="checkbox"/> 馬尾の造影病変 <input type="checkbox"/> その他 部位() 所見()

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

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	ワクチンの種類
	年 月 日	
	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

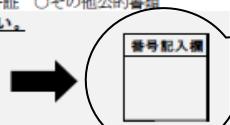
(印)

証明書確認項目欄の記入例

福山市高齢者肺炎球菌予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	年	月 日 (満 歳)
フリガナ		性 別	男	女
名 前		電 話 番 号	()	-

*次の書類により市民であることを確認してください。○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 生活保護世帯の方で、「休日・夜間等受診票」(接種日時で、有効であるもの)
- ⑤ 中国残留邦人等の支給付受給世帯の方で、写真付きの「本人確認証」(接種日時で、有効であるもの)



質問事項	回答欄	医師記入欄
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
肺炎球菌ワクチン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	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	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りしたことがありますか。	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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類 ()		
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。	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いわれましたか。	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 ()		
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☑ 60歳以上65歳未満で一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害がある者である。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。	接種を(希望します・希望しません) *どちらかを○で囲む
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、この予診票が市に提出されることに同意します。	本人署名
	※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意思を確認し、本人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

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可	筋肉内注射 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...

被接種者より次のいずれかの書類の提示があった際は「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
...②を記入
- ・「後期高齢者医療資格確認書」
...③を記入
- ・生活保護世帯の方の休日・夜間等受診票
...④を記入
- ・中国残留邦人等の方の写真付きの受給者証
...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(原本またはコピー)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。高齢者肺炎球菌接種時に取得した証明書を、高齢者インフルエンザ接種時に再度利用していただくことができます。※接種時の年齢にご注意ください。

予診票記入例（対象者本人が記名する場合）

福山市高齢者肺炎球菌予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	年	月 日 (満 歳)
フリガナ		性 別	男	・ 女
名 前		電 話 番 号 ()	-	

接種時の体温を記入

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Ⅰ～Ⅲ段階に限る。）
- 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援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

接種時に対象者が記入

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
肺炎球菌ワクチン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	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
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いわれましたか。	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 ()	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	

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

医師の署名（直筆）
又は
ゴム印＋朱印

該当する場合に 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。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

接種を（希望します・希望しません）
*どちらかを○で囲む

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

本人署名

※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人意思を確認し、本人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

・希望については、対象者が該当するほうを○で囲む
・本人署名欄は対象者が署名（直筆）

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可	筋肉内注射 0.5ml	実施医療機関名 医 師 名	接種年月日 年 月 日

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

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 保字-2026...

予診票記入例（代筆者が記名する場合）

福山市高齢者肺炎球菌予防接種予診票		診察前の体温	度	分
住 所	福山市	生 年 月 日 (年 齢)	年	月 日 (満 歳)
フリガナ		性 別	男	・ 女
名 前		電 話 番 号 ()	-	

接種時の体温を記入

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）

番号記入欄

接種時に対象者が記入

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
肺炎球菌ワクチン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	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
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いわれましたか。	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 ()	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	

問診の結果、医師が接種可能と判断した場合、「可能」を○で囲む

医師の署名（直筆）
又は
ゴム印＋朱印

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 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。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

接種を（希望します・希望しません）
*どちらかを○で囲む

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

※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人意思を確認し、本人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。

本人署名

代筆者名前

続柄

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

ワクチンメーカー・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. ※シール貼付可	筋肉内注射 0.5ml	実施医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日

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

※ この予診票は、福山市保健予防課で保管します。 様式-2026

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

●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

4月～5月に高齢者肺炎球菌及び带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

見本◎

休日・夜間等受診票

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

【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で提示するものです。なお、医療券は、被保護者からの届け出によつ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。
 1. 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
-----	---

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				

本人確認証

名前 前 昭和 年 月 日
性別 性
住所 広島県福山市

福生福第 号

写真

(3cm×2.5cm)

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 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。

有効期間をご確認ください