

2026年度(令和8年度)

# 乳幼児等定期接種実施マニュアル

(乳幼児等定期接種に共通する実施上の留意事項)

※ 別冊の予防接種実施要領

【共通】【各予防接種別】も必ずご一読ください。

## 【添付様式等】

- 別紙1 福山市定期接種用ワクチン注文先
- 別紙2 医療従事者用 予診票の書き方
- 様式1 定期接種申請書
- 様式2-1 定期接種(特例)申請書
- 様式2-2 意見書(長期療養疾病等による定期接種の特例措置)
- 様式2関係 別表 疾病例一覧
- 様式3-1 予防接種後副反応疑い報告書
- 様式3-1関係 予防接種後副反応疑い報告書報告基準
- 様式3-2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)調査票
- 様式3-3 ギラン・バレ症候群(GBS)調査票
- 様式3関係 予防接種後副反応疑い報告書記入要領
- 様式3関係 別表 各症状の概要
- 様式4 乳幼児等定期接種実施報告書
- 様式4裏面 乳幼児等定期接種実施報告書(記入例及び注意事項)
- 様式5 定期接種用ワクチン誤使用報告書
- 様式6-1 予防接種済証
- 様式6-2 HPV(ヒトパピローマウイルス)予防接種済証 兼 接種歴管理票

# 目 次

<b>1 市内居住者に使用するワクチン・予診票について</b> .....	<b>P. 2</b>
(1) ワクチンについて	
(2) 予診票について	
<b>2 接種に当たっての注意事項について</b> .....	<b>P. 3</b>
(1) 親子(母子)健康手帳について	
(2) 確認・注意事項について	
(3) 接種年齢の考え方について	
(4) 他の予防接種との接種間隔について	
(5) 同時接種について	
<b>3 市外居住者の接種について</b> .....	<b>P. 6</b>
(1) 広島県内他市町発行の「広域予防接種券」持参者	
(2) 県内広域化未実施市町又は県外市町村発行の「予防接種依頼書」持参者	
<b>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、やむを得ず定期接種の機会を逸した者への特例について</b> .....	<b>P. 6</b>
(1) 厚生労働省令で定める特別の事情	
(2) 実施方法	
(3) 対象となる期間	
<b>5 予防接種後副反応疑い報告書について</b> .....	<b>P. 8</b>
<b>6 予防接種間違いの防止について</b> .....	<b>P. 8</b>
<b>7 実施報告について</b> .....	<b>P. 8</b>
<b>8 その他</b> .....	<b>P. 9</b>

# 1 市内居住者に使用するワクチン・予診票について

## (1) ワクチンについて

福山市民(定期接種対象者)に対して接種する場合は、福山市が購入配付する定期接種用ワクチン(針・シリンジを含む。)を使用してください。

前年度に福山市が配付した定期接種用ワクチンの医療機関における残りは、新年度も引き続き使用できますが、有効期限切れワクチンを使用することがないように、十分注意してください。

- 1 定期接種用ワクチンは、医療機関から直接、納入業者に連絡いただき、注文に応じて配付します。納入業者については、別紙1「福山市定期接種用ワクチン注文先」を参照してください。

### 【定期接種用ワクチンと併せて配付するもの】

- ディスポーザブルシリンジ・針
- 予診票(原則として、予診票・説明書等の枚数とワクチンの本数は同数となります。)
- 説明書

- 2 配達日は、月曜・水曜・金曜に限らせていただきます。なお、配達日が祝日又は年末年始の場合は、配達がありません。
- 3 一旦納入された定期接種用ワクチン等の返品はできません。各医療機関においては、極力ロスや有効期限切れを出さないよう、確実に接種する本数について、その都度、注文をお願いします。やむを得ず有効期限が過ぎたワクチンが各医療機関にある場合は、医療廃棄物として処分してください。
- 4 保管上の過失や対象者以外への接種等で、福山市が購入配付した定期接種用ワクチンを使用した場合は、ロス分のワクチン代を補填していただくことになります。

### 【ワクチン補填までの流れ】

- ① 上記のロスが発生した場合は、その理由を速やかに保健予防課(Tel:928-1127)へ連絡してください。
- ② その後、様式5-1「定期接種用ワクチン誤使用報告書」を記入し、保健予防課まで送付してください。
- ③ 保健予防課よりロスしたワクチン代(ロス発生時の年度単価)の納付書を送付いたしますので、納期限をお確かめのうえ、お納めください。

## (2) 予診票について

ワクチンに併せて配付する予診票(原則として、予診票・説明書等の枚数とワクチンの本数は同数となります。)は、各医療機関以外で使用する事のないよう取扱いには十分ご注意ください。

また、予診票の記入方法は、別紙2「医療従事者用 予診票の書き方」を参考にしてください。

- 1 被接種者の住所、名前、フリガナ、生年月日、性別、年齢及び保護者名は、全てははっきりと記入してもらってください。
- 2 「ワクチンロット番号」欄には、ロット番号が記載されたシールを貼付するか、ロット番号と有効期限を手書きで記入してください。
- 3 市民の予防接種歴を医療機関に確認させていただく場合がありますので、カルテ等に予防接種の記録を残してください。(接種年月日等、予防接種業務を行っていくうえで必要と思われる項目のみで構いません。)

## 2 接種に当たっての注意事項について

### (1) 親子(母子)健康手帳について

予防接種実施規則第5条に「予防接種を行うに当たっては、その保護者に対し、母子健康手帳の提示を求めなければならない。」と規定されています。

予防接種の実施に当たっては、①親子(母子)健康手帳や健康保険証等で対象者の住所(福山市民であること)と年齢を確認してください。②過去の接種歴や接種間隔については、親子(母子)健康手帳の「その他の予防接種」欄等を含めた全てのページで確認してください。③接種後は接種年月日・メーカー・ロット番号・接種医師名等を記録してください。

親子(母子)健康手帳への記入漏れによる予防接種間違いが起きている。接種後は、必ず親子(母子)健康手帳へ記入してください。

なお、親子(母子)健康手帳を持参していない場合の対応については、次のとおりです。

- 1 原則として、保護者に親子(母子)健康手帳を持参するように依頼し、取りに帰っていただくか別日に実施してください。
- 2 親子(母子)健康手帳を紛失した等の理由により提示を受けないまま、やむを得ず接種を実施する場合は、様式1「定期接種申請書」に必要な事項を記入してもらったうえで、予診票に添付して報告書と併せて提出してください。  
その場合、保護者から既往歴、接種歴等を十分聞き取り、確認して接種を行い、接種後、様式6-1「予防接種済証」に記入のうえ、交付してください。  
※HPV(ヒトパピローマウイルス)予防接種については、様式6-2「HPV(ヒトパピローマウイルス)予防接種済証 兼 接種歴管理票」を交付してください。  
※重複接種等が発覚した場合は、定期接種としては扱えませんのでご注意ください。

### (2) 確認・注意事項について

#### 【受付時・問診時】

- 1 対象者を住所(福山市民であること)、名前(フルネーム)、年齢、生年月日がわかるもの(健康保険証等)で確認する。
- 2 予防接種の種類と回数を確認する。
- 3 対象者がワクチンの接種対象年齢であることを確認する。
- 4 接種歴、直前の予防接種実施日からの間隔を、親子(母子)健康手帳の「その他の予防接種」欄等を含めた全てのページで確認する。  
※小児用肺炎球菌、5種混合及びロタウイルスについては、複数のワクチンが定期接種としてあることから、2回目以降の接種に当たっては、親子(母子)健康手帳でワクチンの種類を確認すること。
- 5 接種前の検温を確認する。
- 6 予診票の質問事項を確認する。
- 7 診察を行い、体調を確認する。
- 8 予診票の医師署名欄にサインする。
- 9 予診票の保護者自署欄に承諾サインをもらう。

#### 【準備時・接種時】

- 1 ワクチンの種類、有効期限を確認し、期限切れに注意する。
- 2 ワクチンを冷蔵庫等から取り出した後は、長期間放置しないように注意する。
- 3 ワクチンの外観、接種量、接種方法を確認する。

## 【接種後】

- 1 使用済み注射器は医療廃棄物として適正に廃棄する。
- 2 予診票、診療録、親子(母子)健康手帳に必要事項を記入する。
- 3 接種終了後の注意事項を説明する。
- 4 副反応にそなえ、必要な者には接種後 30 分待機してもらう。

## 【ワクチン保管】

ワクチンの有効性や安全性を保持するために、次のことに留意して取り扱ってください。

- 1 ワクチンは、所定の条件を保ち保管すること。

ワクチン名	保管温度	保管状況
BCG ワクチン	10℃以下	
B型肝炎ワクチン	2～8℃	遮光して、凍結を避けて保管
ヒブワクチン	2～8℃	遮光して保管
小児用肺炎球菌ワクチン(プレベナー20)	2～8℃	凍結を避けて保存
小児用肺炎球菌ワクチン(バクニューバンス)	2～8℃	遮光して、凍結を避けて保管
5種混合ワクチン(クイントバック)	2～8℃	遮光して保管
5種混合ワクチン(ゴービック)	10℃以下	遮光して、凍結を避けて保管
3種・2種混合ワクチン		
不活化ポリオワクチン	2～8℃	
麻しん風しん混合ワクチン (麻しんワクチン・風しんワクチン)	5℃以下	遮光して保管
水痘ワクチン		
日本脳炎ワクチン(ジェービック)	10℃以下	遮光して保管
日本脳炎ワクチン(エンセバック)		遮光して、凍結を避けて保管
HPV(ヒトパピローマウイルス)ワクチン	2～8℃	遮光して、凍結を避けて保管
ロタウイルスワクチン		
RS ウイルスワクチン	2～8℃	凍結を避けて保存

- 2 ワクチンは種類ごとに区分して、一見して識別できるようにしておく。
- 3 責任者を定め、ワクチンの有効期限を定期的に確認する。
- 4 ワクチンのロスが極力出ないように、入出庫に際し、受払簿等による在庫管理に努める。
- 5 ワクチンの吸引前によく振り、混ぜる。

## (3) 接種年齢の考え方について

(2020年(令和2年)2月4日付け 厚生労働省健康局健康課予防接種室 事務連絡)

### 『●歳以上』…

誕生日の前日(24時)に1歳年をとると考えますので、令和6年4月1日生まれの人であれば、『1歳以上から接種可能』と言った場合、『令和7年3月31日から接種可能』という意味になります。この考え方では、被接種者の都合を考慮して、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯も含めて、3月31日の丸一日を接種可能日とするものです。

### 『●歳未満』…

誕生日の前日(24時)に1歳年をとると考えますので、令和6年4月1日生まれの人であれば、『1歳未満まで接種可能』と言った場合、『令和7年3月31日まで接種可能』という意味になります。

『生後3か月から生後6か月に至るまでの間にある者』…

令和6年4月1日生まれの人であれば、7月1日の前日(誕生日の前日)に生後3か月を迎えたと考えます。したがって、この場合、『生後3か月から生後6か月に至るまでの間にある者』とは『6月30日から9月30日までの期間内にある者』となります。

『出生●週●日後から』の考え方

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

例えば、令和6年4月1日生まれの人であれば、『出生1週間後から』と言った場合、『令和6年4月8日から』という意味になります(4月8日は含まれます)。

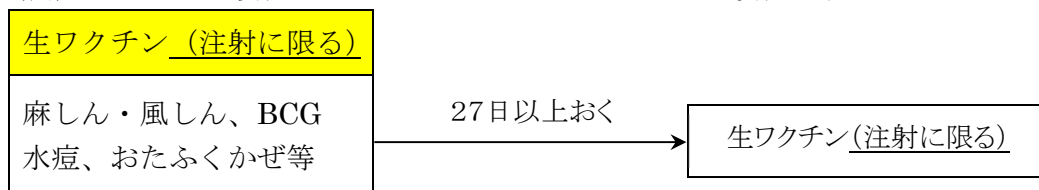
#### (4) 他の予防接種との接種間隔について

前回の予防接種(任意を含む。)からは、次の間隔が必要です。

【注射生ワクチンを接種し、次のワクチンも注射生ワクチンを接種する場合】

接種をした日(翌日から起算)から次の接種を行う日までの間隔は、27日間以上おきます。

(例) 4月1日に接種 → 4月29日から接種可能



※不活化ワクチンについて、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。

※同一予防接種の接種間隔については、現行の実施要領の規定で実施してください。なお、接種間隔の規定については、次の考え方も参考にしてください。

『1か月後』・『1か月以上』…

翌月の同日(以降)から接種可能になります。なお、翌月に同日となる日が存在しない場合には、翌月最終日の翌日(つまり翌々月の1日)から接種可能になります。

(例) 5月31日に接種 → 7月1日から接種可能

『2か月半以上』…

『2月半』といった場合、当該月が何日で終わるのかによって次のようになります。

- ・ 28日で終わる月：14日
- ・ 29日、30日で終わる月：15日
- ・ 31日で終わる月：16日

(例) 4月1日に接種 → 6月16日から接種可能

**解説** 2月の間隔を置いた6月1日に15日(6月は30日で終わる)を足した日数

#### (5) 同時接種について

- 1 国の「定期接種実施要領」で、「2種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができる」とされています。
- 2 同時接種では複数ワクチンを同一シリンジ内で混ぜて接種しないこと。

- 3 接種部位の局所反応が区別できるよう接種部位を変えるか、少なくとも2.5cm以上あけること。
- 4 複数ワクチンを同日内に別の接種場所で行う同日接種は同時接種とはみなさないので注意してください。

### 3 市外居住者の接種について

福山市民以外の予防接種については、原則、住民票のある自治体で発行された「広域予防接種券」又は「予防接種依頼書」が必要になります。住所を確認して実施してください。

#### (1) 広島県内他市町発行の「広域予防接種券」持参者

- 1 広域化予防接種受託医療機関として予防接種の実施を希望される医療機関は、広島県医師会地域医療課(Tel:082-568-1511)へ連絡してください。(既に広域化予防接種受託医療機関として予防接種を実施している医療機関は不要です。)健康被害への対応については、広域予防接種券を発行した被接種者の居住地の市町が行います。
- 2 ワクチン、接種器材は福山市が配付するものを使用せず、各医療機関で購入・準備したものを使用してください。
- 3 広域予防接種委託料については、国保連合会が審査支払事務を行いますので、予防接種請求書(広島県医師会が配付するもの)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。  
※福山市への報告は必要ありません。

#### (2) 県内広域化未実施市町又は県外市町村発行の「予防接種依頼書」持参者

- 1 各予防接種実施医療機関宛の「予防接種依頼書(原本)」を被接種者が持参された場合は、実費での接種となりますので、保護者からはワクチン代を含めた接種料金を徴収してください。
- 2 ワクチン、接種器材は福山市が配付するものを使用せず、各医療機関で購入・準備したものを使用してください。
- 3 接種報告は、予防接種実施医療機関から、依頼があった市町の担当部署へ直接行ってください。  
※福山市への報告は必要ありません。

### 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、やむを得ず定期接種の機会を逸した者への特例について

2013年(平成25年)1月30日より、定期の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、定期の予防接種(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るようになりました。(事前の手続きが必要です。)

#### (1) 厚生労働省令で定める特別の事情

- 1 次のイ～ハに掲げる疾病にかかったこと。(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場合に限りです。)  
イ 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

- ロ 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
- ハ イ又はロの疾病に準ずると認められるもの
- ※ 該当する疾病の例については、様式2関係「別表」(疾病例一覧)を参照してください。ただし、様式2関係「別表」(疾病例一覧)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適当者であるということを意味するものではありません。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診断のもとで行ってください。
- 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。(やむを得ず定期の予防接種を受けることができなかつた場合に限ります。)
- 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。)
- ※ 2024年度にMRワクチンの供給が不安定となったことについて、本項目に該当するものとして取り扱うよう国から事務連絡が発出されました。詳しくは、「2026年度(令和8年度)乳幼児等予防接種実施要領【各予防接種別】8 麻しん風しん混合」に記載しています。内容をよく確認して接種を実施してください。なお、本特例の対象者については、事前申請を不要とします。定期接種の対象者と同様に接種してください。
- ※他の事例で該当するかに関しては、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 保護者は、事前に様式2-1「定期接種(特例)申請書」及び様式2-2「意見書(長期療養疾病等による定期接種の特例措置)」を福山市に提出します。(親子(母子)健康手帳を提示)
- 2 特例の対象者となる場合は、福山市が「証明書」を交付します。
- 3 特例として定期接種を実施する場合は、必ず保護者から「証明書」の提示を受け、有効期限等を確認してください。
- 4 ワクチンは、福山市定期接種用ワクチンを使用してください。
- 5 接種した予防接種の予診票のコピーを、接種後速やかに提出してください。(該当者ごと初回のみ)
- 6 実施報告については、定期接種実施報告と併せて各期の提出期限までに、各提出先へ提出してください。(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2年を経過する日までの間(次の場合は下記の期間に限る。)

- ① 5種混合予防接種(DPT-IPV-Hib)については、15歳に達するまでの間
- ② BCG 予防接種(結核)については、4歳に達するまでの間
- ③ ヒブ予防接種(Hib感染症)については、10歳に達するまでの間
- ④ 小児用肺炎球菌予防接種(小児の肺炎球菌感染症)については、6歳に達するまでの間

## 5 予防接種後副反応疑い報告書について

健康被害が発生した場合は、ただちに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ、様式3関係「予防接種後副反応疑い報告書記入要領」を参照しながら、様式3-1「予防接種後副反応疑い報告書」及び様式3-1関係「報告基準」を記入し、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、ギラン・バレ症候群(GBS)と疑われる場合は、それぞれ様式3-2「急性散在性脳脊髄炎(ADEM)調査票」、様式3-3「ギラン・バレ症候群(GBS)調査票」を、併せて報告してください。

FAXで報告する場合、様式3-1または国立健康危機管理研究機構のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した「予防接種後副反応疑い報告書」を独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX(0120-176-146)してください。電子報告システムで報告する場合は、下記URLから報告してください。なお、福山市への提出および報告は必要ありません。

**<独立行政法人医薬品医療機器総合機構 FAX 番号:0120-176-146>**

**<電子報告システムURL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>>**

## 6 予防接種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。

別冊の「予防接種ガイドライン」を参照してください。

### 予防接種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等、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で報告するとともに、保護者への説明及び被接種者の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。

## 7 実施報告について

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が、接種を見合わせた者については、1人につき1日1件のみの支払いとなります。(複数ワクチンを同時接種する予定であったとしても、1件と換算し報告してください。その場合も予診票は全て提出してください。)

なお、実施報告書の記入方法及び提出にあたっての注意点は、様式4の裏面「乳幼児等定期接種実施報告書(記入例及び注意事項)」を参照してください。

【実施報告書の提出期限・提出先】

提出期限 (期限厳守)	6月10日(4月・5月実施分) 8月10日(6月・7月実施分) 10月 9日(8月・9月実施分)	12月10日(10月・11月実施分) 2月10日(12月・ 1月実施分) 4月 9日( 2月・ 3月実施分)
提出先	福山市医師会分 → 保健予防課(Tel:928-1127) 松永沼隈地区医師会分 → 松永保健福祉課(Tel:930-0414) (沼隈・内海町内医療機関) → 沼隈支所保健福祉担当(Tel:980-7704) 府中地区医師会分 → 北部保健福祉課(Tel:976-1231) 深安地区医師会分 (神辺町内医療機関) → 神辺保健福祉課(Tel:962-5055) (加茂町内医療機関) → 北部保健福祉課(Tel:976-1231) <b>※郵送で提出する場合 → 保健予防課(Tel:928-1127)</b> 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号	
提出書類	・乳幼児等定期接種実施報告書 ・予診票等 <b>※予防接種の種別ごとに分けてください。また、接種済みの予診票と予診のみの予診票は、それぞれで一まとめにして提出してください。(接種済みの予診票の束の中に予診のみの予診票を混ぜないでください。)</b>	
備考	・実施が全くなかった場合も、4月の報告時は件数0で報告書を提出してください。 ・予診票に記入漏れがないよう報告書提出時に、今一度点検してください。 ・報告漏れがあった場合、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)4月9日とさせていただきます。	

## 8 その他

福山市を除いた災害救助法適用市町村において、市町村外接種に係る予防接種依頼書の発行事務が極めて困難である場合に、当該市町村に住民票のある者が、福山市での予防接種を希望する場合には、福山市民と同様に定期接種の対象となる場合があります。この場合、接種を行う前に接種を希望する者の保護者から、保健予防課に連絡を行うようにしてください。

この実施マニュアルによるほか、その他の詳細については、「予防接種ガイドライン」、「別冊の予防接種実施要領」を参考に実施してください。

## 2026年度(令和8年度)福山市定期接種用ワクチン注文先

ワクチンごとの注文先を確認のうえ、次の注文先に電話等で直接ご注文ください。なお、一旦納入されたワクチンの返品はできません。極力ロスや有効期限切れを出さないよう確実に接種する本数について、その都度、注文をお願いします。

※定期接種用ワクチンは「広域予防接種券」持参者、任意の予防接種及び県外市町村発行の「予防接種依頼書」持参者への接種には使用できませんのでご注意ください。

注文受付	●月～●金曜日までの 午前9時～午後4時まで（祝日、年末年始を除く。）	
ワクチン配達日	●月・●水・●金曜日（祝日、年末年始を除く。）	
ワクチン種類	注文先	電話番号
BCG	(株)セイエル福山営業所	084-954-1056
B型肝炎	(株)エバルス営業本部福山支店	050-3480-0897
ヒブ	(株)セイエル福山営業所	084-954-1056
小児用肺炎球菌 (15価)		
小児用肺炎球菌 (20価)		
5種混合 <small>※注文時にゴビーック・クイントパック のいずれかを選択してください。</small>	ティーエスアルフレッサ(株)福山支店	084-954-0266
3種混合	(株)アステム広島営業部福山支店	《186》0570-039-189
不活化ポリオ(単独)	(株)セイエル福山営業所	084-954-1056
2種混合	(株)エバルス営業本部福山支店	050-3480-0897
麻しん・風しん混合		
麻しん	当面の間、ワクチンが流通していないため、 MRワクチンでの対応をお願いします。	
風しん	(株)エバルス営業本部福山支店	050-3480-0897
水痘	(株)サンキ福山支店	084-959-4326
日本脳炎	(株)エバルス営業本部福山支店	050-3480-0897
HPV(9価)	(株)サンキ福山支店	084-959-4326
ロタリックス (1価)	(株)セイエル福山営業所	084-954-1056
ロタテック (5価)	(株)エバルス営業本部福山支店	050-3480-0897
RSウイルス (母子免疫)	(株)アステム広島営業部福山支店	《186》0570-039-189

# 医療従事者用 予診票の書き方

- ・記入項目は、漏れのなく、はっきりと丁寧に記入をお願いします。
- ・保護者の記入項目 : 太枠で囲んだ部分
- ・医療機関の記入項目 : 接種項目・接種年月日・体温・医師欄(必要な場合)・医師の記入欄・ワクチンロット番号・実施場所・医師名

### 福山市5種混合予防接種予診票

\*回数別のいずれかに✓をしてください

1期1回     1期2回     1期3回     1期追加

太枠の中は、保護者が記入してください。

お子さま	住所	福山市			電話番号	( ) - ( ) - ( )
	名前	カタカナ(*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。漢字は1文字となります。)				
	漢字					
	性別	いずれかに✓をしてください。				
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢
	(又は 和暦)	年				歳
	保護者名前			診察時体温	度	分
		質問事項		回答欄		
		*回答欄のいずれかを○で囲んでください。				
		今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。		はい    いいえ		
		お子さんの接種歴についておたずねします。				
		経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。		0回・1回・2回		
		不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。		0回・1回・2回・3回・4回		
		ヒブワクチンの接種を受けたことがありますか。		0回・1回・2回・3回・4回		
		3種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。		0回・1回・2回・3回・4回		
		4種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。		0回・1回・2回・3回・4回		
		お子さんの発育歴についておたずねします。				
		出生体重( )g				
		分娩時に異常がありましたか。		あった    なかった		
		出生後に異常がありましたか。		あった    なかった		
		乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。		ある    ない		
		今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください。				
		( )		はい    いいえ		
		最近1か月以内に病気にかかりましたか。		はい    いいえ		
		病名( )				
		1か月以内に、家族や遊び友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。		はい    いいえ		
		病名( )				
		1か月以内に予防接種を受けましたか。		はい    いいえ		
		予防接種名				
		接種月日				
		生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)		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		
		ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃		はい    いいえ		
		その時熱が出ましたか。		はい    いいえ		
		主治医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		
		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		
		近親者に、先天性免疫不全と診断されている人がいますか。		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		
		近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。		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		
記入欄	医師	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・具合合わせた方がよい) と判断します。		医師署名又は記名押印		
		予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。				
記入欄	保護者	医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や目的、重要な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに (同意します・同意しません)		保護者自署		
		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。				
		ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
		Lot No.	いずれかに✓をしてください。			
			<input type="checkbox"/> 皮下接種	実施場所		
			<input type="checkbox"/> 筋肉内接種	医師名		
		有効期限	0.5 ml	接種年月日		
		※シール貼付可		西暦 20 年 月 日		
		(注)有効期限が切れたときの予診票は、保護				

<接種項目>  
回数別のいずれかに✓をしてください。

<名前>  
カタカナ(姓と名の間は、1つスペースが空いていることを確認してください。濁点は1文字となります。)

<生年月日>  
母子健康手帳(親子健康手帳)等で、間違いがないか確認してください。

<保護者の回答欄>  
しっかりと読んでいただき、いずれかの項目にも○がついていることを確認してください。記入漏れがないようお願いいたします。

<医師の記入欄>  
問診の結果、実施できるかどうか必ず○をしてください。  
医師の署名又は記名押印をお願いします。

<保護者の記入欄>  
問診後、医師の説明を受け接種に同意するかどうか、いずれかに○をしてください。  
自署欄には保護者の名前を記入してください。

<ワクチンロット番号>  
ロット番号が記載されたシールを貼付するか、Lot Noと有効期限を手書きで記入してください。

<実施場所・医師名・接種年月日>  
医療機関がご記入ください。

年 月 日

福山市長 様

## 定期接種申請書

本日は、次の理由で親子（母子）健康手帳を提示できませんが、  
〔予防接種名： \_\_\_\_\_ 〕の予防接種をすることについて申請します。

・ 親子（母子）健康手帳を提示できない理由

- 紛失
- 家庭の事情で手元にない
- 外国人でもらっていない

保護者名： \_\_\_\_\_

被接種者名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所： 福山市 \_\_\_\_\_

電 話： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

-----

上記の者について、〔予防接種名： \_\_\_\_\_ 〕の予防接種を申請に基づいて実施しました。

※医療機関は、接種後に予防接種済証を被接種者（保護者）に交付してください。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

## 定期接種(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 ( 歳 月)
- ・ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_
- ・ 保護者名前 \_\_\_\_\_  
(※被接種者が満20歳以上の場合は不要)

※裏面「予防接種歴及び今後の予定」にも記入してください。

(添付書類)

- 意見書(長期療養疾病等による定期接種の特例措置)
- 親子(母子)健康手帳

(予防接種歴及び今後の予定)

種 別		接種状況		
		接種済	特例申請	接種予定
BCG		. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
B型肝炎	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
Hib	初回1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	初回2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	初回3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
小児用肺炎球菌	初回1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	初回2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	初回3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
5種混合 (4種混合) (3種混合)	1期初回1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	1期初回2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	1期初回3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
2種混合	2期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
生ポリオ	1回目	. .		
	2回目	. .		
不活化ポリオ	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
麻しん風しん	1期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	2期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	3期	. .		
	4期	. .		
水痘	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
日本脳炎	1期初回1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	1期初回2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	追加	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	2期	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
HPV (ヒトパピローマウ イルス)	1回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	2回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃
	3回目	. .	<input type="checkbox"/>	年 月 日頃

※接種済みのものは、接種した日付を記入してください。(例:2024. 4. 1)

※接種予定のあるものにチェックし(□)に予定年月を記入してください。

※ロタウイルス、RSウイルスについては、当該特例の対象とはなりません。

# 意見書

(長期療養疾病等による定期接種の特例措置)

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			
	保護者名			
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 <input checked="" type="checkbox"/> ) 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った期間のこと)		
	<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った期間のこと)		
	<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った期間のこと)			
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)				
<input type="text"/>				

別表

様式2関係

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

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 (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシヤルを記載)		性別	1 男 2 女	
	住所	都道府県	区市町村	生年月日	接種時年齢 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 (②~④は、同時接種したものを記載)	ロット番号	製造販売業者名	接種回数		
	①			① 第 期( 回目)		
	②			② 第 期( 回目)		
	③			③ 第 期( 回目)		
	④			④ 第 期( 回目)		
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出生体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)		
	接種前の体温	度 分	家族歴			
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)					
1 有 →						
2 無						
症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、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 →		
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)		2 無			
○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
報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 -	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん
	麻しん 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 -	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
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 -	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
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。) 7 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 - -	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
	Hib感染症 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 -	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
	ヒトパピローマウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 - -	
	水痘 帯状疱疹	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの) 5 その他の反応	4時間 28日 28日 - -	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレー症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 -	
	ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21日 -	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレー症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 -	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎 (これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 -	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症 (血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 -	

## ＜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。
  - ・広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピロー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の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合がありますため、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の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合は、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あつては、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)	
	<input type="checkbox"/> 症状のナディアから最低3か月以内の再発がないことを記録するには追跡期間が不十分である <input type="checkbox"/> 発症後の観察期間が3か月以内である	
	<input type="checkbox"/> 不明	
5. 鑑別診断	該当項目を全て選択	
	<input type="checkbox"/> 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する <input type="checkbox"/> 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した <input type="checkbox"/> MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない	
	<input type="checkbox"/> 不明	
6. 髄液検査	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		細胞数( )/ $\mu$ 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		



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

## 予防接種後副反応疑い報告書記入要領

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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 皮膚又は粘膜症状</li> <li><input type="checkbox"/> 循環器症状</li> <li><input type="checkbox"/> 呼吸器症状</li> </ul> <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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf</a></p>	4時間
化膿性リンパ節炎（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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf</a>	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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf</a>	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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf</a>	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



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"> <li><input type="checkbox"/> 視力障害</li> <li><input type="checkbox"/> 複視</li> <li><input type="checkbox"/> 四肢の麻痺</li> <li><input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害</li> </ul> <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"> <li><input type="checkbox"/> 発達・知能指数</li> <li><input type="checkbox"/> 脳波検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査</li> <li><input type="checkbox"/> 誘発電位</li> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査</li> </ul> <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"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；間欠的な不機嫌、啼泣等）</li> <li><input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；腹痛、嘔吐、血便等）</li> </ul> <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"> <li><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</li> </ul> <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"> <li><input type="checkbox"/> 浮腫</li> </ul> <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"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査</li> <li><input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症</li> </ul> <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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf</a></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"> <li><input type="checkbox"/> 遷延する意識障害</li> <li><input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状</li> <li><input type="checkbox"/> その他中枢神経症状</li> </ul> <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"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 脳波検査</li> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査</li> </ul> <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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j21_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j21_r01.pdf</a></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: スティーブンス・ジョンソン症候群 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf</a></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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c13.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c13.pdf</a>	
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 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf</a>	-
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 <a href="https://www.jsts.gr.jp/news/pdf/20210601_tts2_3.pdf">https://www.jsts.gr.jp/news/pdf/20210601_tts2_3.pdf</a>	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） <a href="https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf">https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf</a>	
心膜炎	<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。 <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、嘔気/嘔吐/下痢、咳嗽、発汗、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、胸部CT検査 等 <input type="checkbox"/> 血液検査：CRP、ESR、D-ダイマー 等 <input type="checkbox"/> 心電図検査	28日
熱性けいれん	<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。 <u>代表的な臨床所見：</u> <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 <u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 検温 <input type="checkbox"/> 血液検査 等 <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 <a href="https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33">https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33</a>	7日

乳幼児等定期接種実施報告書

福山市長様

年 月 日

医療機関名

所在地

代表者名

印

該当するものにチェック

2026年度実施分  4月・5月実施分  6月・7月実施分  8月・9月実施分  
 10月・11月実施分  12月・1月実施分  2月・3月実施分  
 その他年度実施分  年 月 月実施分

種 別	接種済み		予診のみ(診療に移行したものを含む)	
	件数	合計	総件数(=予診票枚数)	委託料請求件数
BCG	件	件	件	
B型肝炎	1回目	件	件	
	2回目	件	件	
	3回目	件	件	
5種混合	1期初回	1回目	件	件
		2回目	件	件
		3回目	件	件
	1期追加	件	件	
3種混合	1期初回	1回目	件	件
		2回目	件	件
		3回目	件	件
	1期追加	件	件	
2種混合	2期	件	件	
不活化ポリオ	初回	1回目	件	件
		2回目	件	件
		3回目	件	件
	追加	件	件	
麻しん風しん混合	1期	件	件	
	2期	6歳未満	件	件
		6歳以上	件	件
麻しん	1期	件	件	
	2期	6歳未満	件	件
		6歳以上	件	件
風しん	1期	件	件	
	2期	6歳未満	件	件
		6歳以上	件	件
水痘	1回目	件	件	
	2回目	件	件	
日本脳炎	1期初回	6歳未満	件	件
		6歳以上	件	件
		6歳未満	件	件
	2回目	6歳未満	件	件
		6歳以上	件	件
	1期追加	6歳未満	件	件
		6歳以上	件	件
2期	件	件		
HPV (ヒトパピローマウイルス)	1回目	件	件	
	2回目	件	件	
	3回目	件	件	
Hib(ヒブ)	初回	1回目	件	件
		2回目	件	件
		3回目	件	件
	追加	件	件	
小児用肺炎球菌	初回	1回目	件	件
		2回目	件	件
		3回目	件	件
	追加	件	件	
ロタリックス (1価)	1回目	件	件	
	2回目	件	件	
ロタテック (5価)	1回目	件	件	
	2回目	件	件	
	3回目	件	件	
RSウイルス	件	件	件	
合計 (予診票枚数と一致)		件	件	

※予診のみの委託料は、1人につき1日1件のみ。  
 (同時接種の予定であっても、1件と換算します。)  
 ※必ずしも件数が一致するとは限りません。

⚠ 接種済みの予診票と予診のみの予診票は、それぞれで一まとめにして提出してください。  
 (接種済みの予診票の束の中に、予診のみの予診票を混ぜないでください。)

# 乳幼児等定期接種実施報告書（記入例及び注意事項）

- ・報告書、予診票の提出月は、2か月毎（6月、8月、10月、12月、2月、4月）の年間6回の報告になります。
- ・予診の結果、接種を見合わせた人の予診票も全て提出してください。
- ・予診票は、実施報告書の接種別に並べて提出してください。

※接種済みの予診票と予診のみの予診票は、それぞれで一まとめにして提出してください。（接種済みの予診票の束の中に予診のみの予診票を混ぜて提出しないでください。）

システム取込用のID番号です。医療機関コードではありませんので、訂正・追記等はしないでください。

123456789

代表者名を記入し、押印してください。

<p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>代表者名</p>	<p>123456789</p> <p>代表者名を記入し、押印してください。</p>	
<p>2026年度実施分</p> <p>4月・5月実施分 <input type="checkbox"/> 5月・7月実施分 <input type="checkbox"/> 8月・9月実施分 <input type="checkbox"/></p> <p>10月・11月実施分 <input type="checkbox"/> 12月・1月実施分 <input type="checkbox"/> 2月・3月実施分 <input type="checkbox"/></p> <p>その他年度実施分 <input type="checkbox"/> 年 月 実施分</p>		
種別	接種済み	予診のみ（診療に移行したものを含む）
BCG	件数	合計
5種混合	件	件
3種混合	件	件
不活化ポリオ	件	件
麻しん風しん混合	件	件
麻しん	件	件
風しん	件	件
水痘	件	件
日本脳炎	件	件
HPV （ヒトパピローマウイルス）	件	件
Hb（ヒブ）	件	件
小児用肺炎球菌	件	件
ロタリックス （1価）	件	件
ロタック （5価）	件	件
RSウイルス	件	件
合計（予診票枚数と一致）	件	件

該当する報告月の口に✓を  
してください。

接種件数を種別ごとに記入してください。  
※麻しん風しん混合（麻しん・風しん  
単抗原）2期・日本脳炎1期につい  
ては、6歳未満または6歳以上に分けて  
記入してください。

予診の結果、接種を見合わせた（診療に移行したものを含む。）件  
数を記入してください。

【左の行】  
総件数（予診票の枚数）を種別ごとに記入してください。  
※同時接種の予定であった場合は、該当種別全てに件数を加算して  
ください。

【右の行】  
委託料請求件数を記入してください。  
※1人につき、1日1件のみの支払になります。複数のワクチンを  
同時接種予定であった場合であっても、1件と換算してください。

⚠ 接種済みの予診票と予診のみの予診票は、それぞれで一まとめにして提出してください。  
（接種済みの予診票の束の中に、予診のみの予診票を混ぜないでください。）

## 定期接種用ワクチン誤使用報告書

年 月 日

福山市長 様  
(保健予防課)医療機関住所  
医療機関名  
代表者名  
連絡先  
(担当者： )

印

定期接種用として福山市から配付されたワクチンを福山市の定期接種以外に使用したので、次のとおり報告します。

なお、当該ワクチン代については、貴職の求めにより補填します。

ワクチン種別	
誤使用の状況	
誤りが起きた原因	
今後の改善策	※誤った用法用量、有効期限切れワクチンの接種等、重大な健康被害に繋がる恐れがある場合や重複接種の場合は、別途記入する様式がありますので保健予防課へ連絡してください。
発生日時	年 月 日

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

(予防接種種類)	(回数)
_____ 予防接種済証 ( )	
住所 名前	
生年月日	年 月 日
接種年月日	
ワクチンロット番号	NO.
接種医療機関	
年 月 日	
福山市長 枝広 直幹	

## HPV(ヒトパピローマウイルス)予防接種済証 兼 接種歴管理票

住所	
名前	
生年月日	年(平成 年) 月 日

ワクチンの種類	サーバリックス ・ ガーダシル ・ シルガード9
---------	--------------------------

接種回数	接種年月日	Lot.No.	接種医療機関
1回目			
2回目			
3回目			

福山市長 枝広 直幹

※この済証兼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。

## HPV(ヒトパピローマウイルス)予防接種済証 兼 接種歴管理票

住所	
名前	
生年月日	年(平成 年) 月 日

ワクチンの種類	サーバリックス ・ ガーダシル ・ シルガード9
---------	--------------------------

接種回数	接種年月日	Lot.No.	接種医療機関
1回目			
2回目			
3回目			

福山市長 枝広 直幹

※この済証兼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。