

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に関係する書類 **削除**

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

【参考資料】

・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

目 次

1 市内居住者に使用するワクチン・予診票について	P. 2
(1) ワクチンについて	
(2) 予診票について	
2 接種に当たっての注意事項について	P. 3
(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	
3 市外居住者の接種について	P. 6
(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	
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	P. 6
(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	
5 予防接種後副反応疑い報告書について	P. 8
6 予防接種間違いの防止について	P. 8
7 実施報告について	P. 8
8 その他	P. 9

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し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、全てはしっか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こっています。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、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）。

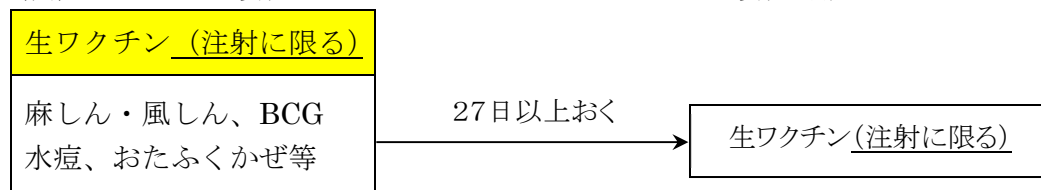
（4）他の予防接種との接種間隔について

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ます。)
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った場合に限ります。)
- 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った場合に限る。)
- ※ 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

法の規定による副反応疑い報告について、【参考資料】を参照し、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。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、FAXにより同機構に報告を行ってください。

なお、福山市への提出および報告は必要ありません。

＜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) 12月10日(10月・11月実施分) 8月10日(6月・7月実施分) 2月10日(12月・1月実施分) 10月 9日(8月・9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) ※郵送で提出する場合 → 保健予防課(Tel:928-1127) 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号
提出書類	・乳幼児等定期接種実施報告書 ・予診票等 ※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。)
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 ※注文時にゴービック・クイントバック のいずれかを選択してください。	ティーエスアルフレッサ(株)福山支店	084-954-0266
3種混合	別途対応方針が決まりましたらご連絡します。	
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、漏れののないよう、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			
☐ 1期1回 ☐ 1期2回 ☐ 1期3回 ☐ 1期追加 *回数別のいずれかに✓をしてください。			
太枠の中は、保護者が記入してください。			
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。 ☐ 男 ☐ 女	
生年月日	西暦	年	月 日
(又は 和暦)	年	月	日
年齢	歳	か	月
保護者名前	診察時 体温	度	分
質問事項 *回答欄のいずれかを○で囲んでください。 回答欄			
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。 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。 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。 ヒブワクチンの接種を受けたことがありますか。 3種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。 4種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。 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。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。 今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください。 () 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 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。 病名() 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 () 接種月日 () 月 () 日 () 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) 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 ひきつづけ(いれん)をおこしたことがありますか。 () 歳頃 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。 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	医師署名又は記名押印 () 医師署名又は記名押印		
記入欄	保護者自署 () 保護者自署		
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。 ☐ 皮下接種 ☐ 筋肉内接種	実施場所 医師名	
有効期限	0.5 ml	接種年月日 西暦 20 年 月 日	
※シール貼付可			
(注)有効期限が切れた ※この予診票は、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		. .	☐	年 月 日頃
B型肝炎	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
	3回目	. .	☐	年 月 日頃
Hib	初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
小児用肺炎球菌	初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	初回3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
5種混合 (4種混合) (3種混合)	1期初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	1期初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	1期初回3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
2種混合	2期	. .	☐	年 月 日頃
生ポリオ	1回目	. .		
	2回目	. .		
不活化ポリオ	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
	3回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
麻しん風しん	1期	. .	☐	年 月 日頃
	2期	. .	☐	年 月 日頃
	3期	. .		
	4期	. .		
水痘	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
日本脳炎	1期初回1回目	. .	☐	年 月 日頃
	1期初回2回目	. .	☐	年 月 日頃
	追加	. .	☐	年 月 日頃
	2期	. .	☐	年 月 日頃
HPV (ヒトパピローマウ イルス)	1回目	. .	☐	年 月 日頃
	2回目	. .	☐	年 月 日頃
	3回目	. .	☐	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 ことができなかった 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。)	☐ 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)			
	☐ 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)			
	☐ 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ったと判断した。					
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)					

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mano・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)		大動脈狭窄症
	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	膠原病	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	先天性代謝異常	高オルニチン血症ー高アンモニア血症ー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)	アレルギー疾患	食物アレルギー
	門脈圧亢進症	先天異常	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		

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	件	
B型肝炎	1回目		件	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	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	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	件		
不活化ポリオ	初回	1回目	件	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	件		
	2期	6歳未満	件		件		
		6歳以上	件		件		
麻しん	1期		件	件	件		
	2期	6歳未満	件		件		
		6歳以上	件		件		
風しん	1期		件	件	件		
	2期	6歳未満	件		件		
		6歳以上	件		件		
水痘	1回目		件	件	件		
	2回目		件		件		
日本脳炎	1期初回	1回目	6歳未満	件	件		件
			6歳以上	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			
				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	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	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	件		
	2回目		件		件		
ロタテック (5価)	1回目		件	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。

実施するものにチェック

2026年度実施分 ☐ 4月・5月実施分 ☐ 5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

医療機関名

所在地

代表者名

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。
 ※麻疹風しん混合（麻疹・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

様式6-1

(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。