

伊丹市予防接種

実施要領

令和 8 年 4 月

伊 丹 市

伊丹市医師会

目 次

(A類疾病用)

| | |
|---|----|
| <u>第1章 総 則</u> | 1 |
| 第1 目的 | |
| 第2 予防接種の実施形態及び種類 | |
| 第3 事前の措置 | |
| 第4 対象者の年齢の計算 | |
| 第5 予診票 | |
| 第6 予診 | |
| 第7 接種不相当者 | |
| 第8 予防接種要注意者 | |
| 第9 予防接種実施依頼 | |
| 第10 異なった種類のワクチンを接種する場合の接種間隔 | |
| <u>第2章 個別予防接種</u> | 7 |
| 第1 事前の措置 | |
| 第2 接種時間等 | |
| 第3 予診等 | |
| 第4 予防接種後の注意 | |
| 第5 結核の予防接種 (BCG) | |
| 第6 ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブの予防接種 | |
| 第7 ジフテリア・破傷風 (DT) 2期の予防接種 | |
| 第8 麻しん及び風しんの予防接種 | |
| 第9 日本脳炎の予防接種 | |
| 第10 ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防ワクチン) の予防接種 | |
| 第11 小児の肺炎球菌感染症の予防接種 | |
| 第12 水痘の予防接種 | |
| 第13 B型肝炎の予防接種 | |
| 第14 ロタウイルス感染症の予防接種 | |
| 第15 RSウイルス感染症の予防接種 | |
| <u>第3章 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保</u> | 20 |
| <u>第4章 副反応疑いに対する措置</u> | 23 |
| <u>第5章 予防接種による間違い (過誤) 時の対応</u> | 25 |
| <u>第6章 予診票の保存</u> | 25 |
| <u>第7章 委託料</u> | 25 |
| 第1 ワクチンの現物支給について | |
| 第2 委託料 | |
| 第3 実施報告 | |
| 第4 請求 | |
| 第5 支払 | |
| (B類疾病用) | |
| <u>第1章 総 則</u> | 27 |
| 第1 目的 | |
| 第2 予防接種の対象疾病と実施形態 | |
| 第3 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種 | |
| 第4 高齢者の带状疱疹の予防接種 | |
| 第5 季節性インフルエンザ予防接種 | |

| | | |
|--------|--|----|
| 第6 | 新型コロナワクチン予防接種 | |
| 第7 | 事前の措置 | |
| 第8 | 予診票 | |
| 第9 | 予防接種不相当者（予防接種を受けることが適当でない者） | |
| 第10 | 予防接種要注意者 | |
| 第11 | 予防接種実施依頼 | |
| 第12 | 異なった種類のワクチンを接種する場合の接種間隔 | |
| 第2章 | 実施医療機関接種 | 33 |
| 第1 | 事前の措置 | |
| 第2 | 接種時間等 | |
| 第3 | 予診等 | |
| 第4 | 予防接種後の注意 | |
| 第3章 | 施設接種 | 34 |
| 第1 | 事前の措置 | |
| 第2 | 予診等 | |
| 第3 | 予防接種後の注意 | |
| 第4章 | 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保 | 35 |
| 第5章 | 副反応疑いに対する措置 | 35 |
| 第6章 | 予防接種による間違い（過誤）時の対応 | 35 |
| 第7章 | 予診票の保存 | 36 |
| 第8章 | 委託料 | 36 |
| 第1 | ワクチン代の負担 | |
| 第2 | 委託料 | |
| 第3 | 実施報告 | |
| 第4 | 請求 | |
| 第5 | 支払 | |
| 様式第七 | コッホ現象事例報告書 | 37 |
| 別紙様式1 | 予防接種後副反応疑い報告書 | 38 |
| 別紙様式1 | 記入要領 | 41 |
| | 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票 | 52 |
| | ギラン・バレ症候群（GBS）調査票 | 54 |
| | 血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）調査票 | 56 |
| | 心筋炎調査票 | 59 |
| | 心膜炎調査票 | 61 |
| 別紙様式3 | 予防接種後に発生した症状に関する報告書（保護者報告用） | 63 |
| 様式第1-① | 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書 | 64 |
| 様式第1-② | 定期予防接種依頼申請書 | 65 |
| 様式第1-③ | 定期予防接種対象者証（見本） | 66 |
| 様式第1-④ | 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種実施報告 | 67 |
| 様式第3 | 委任状 | 68 |
| 様式第4 | 予防接種による間違い（過誤）報告書 | 69 |
| | 風しんの抗体検査受診票、風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準、風しん第5期の予防接種予診票 | 70 |

伊丹市予防接種実施要領

(A類疾病用)

第1章 総 則

第1 目 的

この要領は、伊丹市長（以下「市長」という。）が予防接種法（昭和23年6月30日法律第68号）に基づき伊丹市医師会（以下「医師会」という。）及びその会員である医師の協力を得て行う予防接種について必要な事項を定めるものとする。

ただし、予防接種法に定められたB類疾病である季節性インフルエンザ、新型コロナウイルス、高齢者の肺炎球菌感染症、高齢者の帯状疱疹の予防接種については別項（P27以降参照）にて定めることとする。

第2 予防接種の実施形態及び種類

1 予防接種の実施形態は、個別接種での通年実施とし、対象とする予防接種はそれぞれ次のとおりとする。

- ・結核の予防接種（BCG）
- ・ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎・破傷風・Hib（以下「5種混合ワクチン」という。）

の予防接種

- ・ジフテリア・百日せき・破傷風（以下「DPT」という）の予防接種
- ・急性灰白髄炎（以下「IPV」という）予防接種
- ・Hib感染症の予防接種
- ・麻しん風しん（以下「MR」という）1、2期の予防接種
- ・麻しん1、2期の予防接種
- ・風しん1、2期の予防接種
- ・日本脳炎1、2期の予防接種
- ・ジフテリア・破傷風（以下「DT」という）2期の予防接種
- ・ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種（子宮頸がん予防）
- ・小児の肺炎球菌感染症の予防接種
- ・水痘の予防接種
- ・B型肝炎の予防接種
- ・ロタウイルス感染症の予防接種
- ・風しん第5期（MRワクチン）の予防接種
- ・RSウイルス感染症の予防接種

第3 事前の措置

1 市長は、毎月1回、生後2か月に達するまでの対象者に、個別予防接種の案内等を郵送する。予防接種を希望する者及びその保護者に対して、当該予防接種の趣旨、効果、副反応、禁忌その他必要な事項を「市広報」、「予防接種と子どもの健康」の配布などにより、事前に十分周知するよう努めるものとする。

2 市長は、予防接種に際し、保護者に対してそれぞれの予防接種予診票（以下「予診票」という。）について、事前にもれなく記入するよう指導するものとする。

3 市長は、学童等の保護者に対して、事前に市内の学校等を通じて下記のとおり案内文書を配布する。

- 1) 『DT2期予防接種』は、小学6年生に対して5月頃と2月頃に案内を配布する。
- 2) 『MR 予防接種2期』は、年長組に相当する幼児に対して6月頃にハガキで接種案内を個別通知する。
また12月頃には、未接種である者に対して案内を送付する。
- 3) 『日本脳炎』について、3歳児健診案内に同封し、案内を送付する。また小学校1年生、小学校4～6年生に対して、5月ごろに市内学校経由にて案内を配布する。
- 4) 『ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種』について、周知が必要なため、広報、ホームページの掲載に加え、中学1年生、高校1年生の女子に対して、6月ごろハガキで接種案内を個別通知する。

第4 対象者の年齢の計算

- 1 予防接種の対象者の年齢の計算方法については、原則民法第143条によるものとする。同法同条に基づき、年齢は、誕生日の前日をもって加算されることとなる。上記の例外としては、予防接種法施行令第3条において、対象年齢が「○未満」「○に至るまで」となっている予防接種の終期は、その日の前日までとされている。

注：それぞれの予防接種の詳しい対象年齢については、各予防接種の項目を参照のこと。

例) 1) 5種混合ワクチン 1期の場合

「生後2月から生後90月に至るまでの間にある者」とは、1月1日に生まれた者については、生後2月となる日の前日である2月28日（うるう年は2月29日）から、7年後の生後90月となる日の前日である6月30日まで。

2) DT2期の場合

「11歳以上13歳未満の者」とは、1月1日に生まれた者については、11歳の誕生日の前日である12月31日から、13歳の誕生日の前日である12月31日まで。

3) ロタウイルス感染症の場合

生まれた日を0日として計算することとし、以下「出生○週後」又は「出生○日後」とする。

第5 予診票

予診票は、別添のとおりとし、次のとおり配布するものとする。

- 1 市長は、生後2か月頃の対象者に「予防接種番号カード」、「予診票」及び「予防接種と子どもの健康」を郵送する。
- 2 その他、学童期の対象者の予診票は、医療機関にて配布する。（DT2期、日本脳炎2期、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種）
- 3 他市区町村から転入してきた生後2か月を越える対象者については、保護者の申し出により市保健センターの窓口にて配布又は郵送する。
- 4 予診票が届いていない者、紛失等により予診票を持たない者については、予防接種別の予診票を医療機関にて配布する。
- 5 外国語多言語の予防接種予診票（日本語、英語*、中国語*、韓国語*、ベトナム語*、スペイン語*、ポルトガル語*、タイ語*、インドネシア語*、タガログ語*、ネパール語*、アラビア語、イタリア語、ドイツ語、フランス語、モンゴル語、ロシア語、ウクライナ語）は下記ホームページより印刷し、配布しても差し支えない。また外国語多言語の「予防接種と子どもの健康（*で示す言語について作成されています。）」の資料の配布を希望の際、ホームページより印刷し使用しても差し支えない。

(参考)

(公益財団法人) 予防接種リサーチセンター 外国語版「予防接種と子どもの健康」 「予診票」 <https://www.yoboseshu-rc.com/pages/8/>

- 6 予診票の記載については、『予防接種ガイドライン 予診票の各項目の目的と確認方法』に基づき、実施する。

第6 予 診

- 1 予診の方法については、以下のとおりとする。

- 1) 接種前に母子健康手帳、マイナ保険証等の提示を求め、必ず過去の接種歴、ワクチンの種類を確認し、接種の対象者であることを慎重に確認すること。
- 2) 予診の際には、保護者又は本人が、あらかじめ「予防接種と子どもの健康」や「予防接種の説明書」を読んだか否かを確認するとともに、予防接種の有効性・安全性、予防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、定期接種の対象者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して予診票により同意を得た場合に限り接種を行うものとする。
- 3) 対象者に対して問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い、予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べる。(以下「予診」という。)健康被害の大部分は不可避免的に生ずるものであるため、これによってすべての健康被害の発生を予見できるものではないが、医師としては、予診を尽くし、最大限の努力をして、接種を受ける者の体調を確認することが求められる。
- 4) 予診の結果、異常が認められ、接種不適当者に該当する者と判断される者に対しては、当日は接種を行わず、必要があるときは精密検査を受けるよう指示する。この場合、予診票には見合わせた健康上の理由、及び見合わせた月日を備考欄などに記入する。
- 5) 保護者の予防接種実施に関する同意が予診票に無ければ、接種を行うことはできないので注意する。
- 6) 日本脳炎及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(いずれも13歳以上の者に接種する場合に限る。)において、保護者が接種の場に同伴しない場合には、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度についての説明を事前に理解する必要があるため、事前に保護者へ予診票、予防接種に関する資料を配布し、保護者がその内容に関する適切な説明を理解したこと及び予防接種の実施に同意することを当該予診票により確認できた場合に限り接種を行うものとする。また接種の実施に当たっては、被接種者本人が予防接種不適当者又は予防接種要注意者か否かを確認するために、予診票に記載されている質問事項に対する回答に関する本人への問診を通じ、診察等を実施した上で、必要に応じて保護者に連絡するなどして接種への不適当要件の事実関係などを確認するための予診に努める。

なお、被接種者が満16歳以上である場合は、被接種者本人の同意にて足りるものとする。また満16歳以上の者は保護者の同意は必要なく、予防接種を受けるかどうかについて満16歳以上の者が自ら判断できることから、保護者の意向により判断することなく、本人の同意の有無によって接種の実施を判断するよう留意すること。仮に予診票の自署欄に保護者の自署が記載されていた場合であっても、本人が接種を受けることを同意していることについて明示的に確認できる場合には、自署欄の修正は不要である。

- 7) 保護者が特段の理由等で同伴することができない場合、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等で適切な者が接種対象者に同伴することは差し支えない。この場合、接種の際には予診票に加え、当該同伴者の同意をもって保護者の同意とする旨の委任状(様式第3)の提出を併せて求める。(P68参照)
- 8) 被接種者が次に掲げるいずれかに該当する場合であって、それぞれに定める者が被接

種者の保護者の住所又は居所を確認できるものの長期間にわたり当該被接種者の保護者と連絡がとることができない等の事由により、保護者の同意の有無を確認することができないときは、当該被接種者が16歳未満である場合にはその保護者に代わって、それぞれに定める者から予防接種に係る同意を得ることができる。

A 小規模住宅型養育事業を行う者又は里親（以下「里親等」という。）に委託されている場合 当該里親等

B 児童福祉施設に入所している場合 当該児童福祉施設の長

C 児童相談所に一時保護されている場合 当該児童相談所長

なお、被接種者が満16歳以上である場合には、被接種者本人の同意にて足りるものとする。

2 体温測定は、実施医療機関で行うものとする。

第7 接種不適合者

- 1 明らかな発熱を呈している者。（明らかな発熱とは、通常37.5℃以上を指す。）
- 2 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者。
- 3 当該疾患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明らかな者。
- 4 麻しん、風しん、水痘等に係る予防接種の対象者にあつては、妊娠していることが明らかな者。（一般に生ワクチンは、胎児への影響を考慮して、全妊娠期間で接種は行わない。）
- 5 結核の予防接種の対象者にあつては、外傷等によるケロイドが認められる者。
- 6 B型肝炎の予防接種の対象者で、母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けた者。
- 7 ロタウイルス感染症に係る予防接種の対象者にあつては、腸重積症の既往歴のあることが明らかな者、先天性消化管障害を有する者（その治療が完了したものを除く）及び重症複合免疫不全症の所見が認められる者。
- 8 その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者。

第8 予防接種要注意者

- 1 予防接種ガイドラインに規定する接種要注意者（以下の（ア）～（キ）までに掲げる者をいう。）のうち、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、市立伊丹病院、又は医師が指定する医療機関での接種を案内するものとする。ただし、当該接種対象者又はその保護者が他の医療機関（主治医等）での接種を希望したときはこの限りでない。
 - （ア）心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者。
 - （イ）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。
 - （ウ）過去にけいれんの既往のある者。
 - （エ）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。
 - （オ）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恐れのある者。
 - （カ）結核の予防接種にあつては、過去に結核患者との長期の接触がある者又はその他の結核感染の疑いのある者。
 - （キ）ロタウイルス感染症の予防接種にあつては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者。

- 2 1に示す予防接種要注意者の他、予防接種に際し、主治医とよく相談しなくてはならない者、又はこれに該当すると思われる者に対し、当該主治医での接種を案内するものとする。
- 3 疾病罹患後の予防接種の接種間隔（表1参照）が以下の者。
 - 1) 一般状態を主治医が判断し、対象疾病に対する予防接種のその時点での重要性を考慮し決定する。
 - 2) これらの疾患の患者と接触し、潜伏期間内にあることが明らかな場合には、被接種者の状況を考慮して接種を決定する。

(表1) 疾病罹患後の予防接種の接種間隔

| 疾病名 | 予防接種可能までの期間 |
|----------------------------|-------------|
| 麻疹 | 治癒後4週間以上 |
| 風疹、水痘、流行性耳下腺炎など | 治癒後2～4週間以上 |
| ウイルス性疾患（突発性発疹、手足口病、伝染性紅斑等） | 治癒後1～2週間以上 |

- 4 1～3により、市外の医療機関での接種を指導した場合、住民登録のある市区町村にて医療機関が所在する市区町村長に対する「予防接種実施依頼書」の交付を受けるよう合わせて案内するものとする。

第9 予防接種実施依頼

- 1 伊丹市内に住民登録がある者が、他市区町村に所在する定期予防接種実施医療機関で接種を希望する場合、保護者は事前に伊丹市長に「予防接種実施依頼申請書」を提出し、予防接種実施依頼書の交付申請を行う。市は、申請後、すみやかに交付するものとする。
 - 1) 近隣市町（尼崎市、西宮市、芦屋市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町（以下「6市1町」という）で接種を希望する場合は、医療機関が所在する市町あての依頼書を交付する。
 - 2) 6市1町を除く兵庫県内の市町に所在する広域的予防接種に参入している実施医療機関で接種を希望する場合は、兵庫県医師会との「広域的予防接種についての契約書」に基づき実施する。
 - 3) 県外市区町村に所在する実施医療機関、及び県内市町に所在する実施医療機関（広域的予防接種に参入していない）で接種を希望される場合は、医療機関が所在する市区町村に確認の上、他市依頼書を提出し、接種を受ける。接種費用が自己負担となった場合は、「伊丹市定期予防接種等費用の償還払に関する要綱」に基づき、償還を行う。
- 2 伊丹市以外に住民登録のある者が伊丹市内の予防接種実施医療機関で接種を希望する場合
 - 1) 6市1町に住民登録のある者が接種を希望する場合

当該市町（6市1町）発行の予防接種実施依頼書を持参した場合に限り、定期接種として受けられるものとする。予防接種実施後は、医師会を通じて「予防接種実施依頼書・報告書」及び予診票の原本（のり付け、穴あけ禁）を併せて伊丹市に報告するものとする。
 - 2) 県内市町（6市1町を除く）及び県外に住民登録のある者の定期予防接種について

医療機関に判断をゆだねる。伊丹市への報告は不要である。
 - 3) 伊丹市以外に住民登録がある「経済的理由によりその費用を負担することができない者」及び「災害に伴う被災者」の予防接種について

伊丹市外に住民登録がある者で伊丹市内に居住しているDV被害者、生活保護法による生活保護を受給している者、又は中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者、災害救助法の適用を受けた災害に伴う被災者が予防接種を希望する場合、原則1)又は

2) の対応で行う。ただし、必要な手続きが行えない、住民登録のある市区町村と連絡がとれないなど、1) 又は2) の取扱いが困難な場合は、伊丹市が個々の事情に応じた対応を検討する。

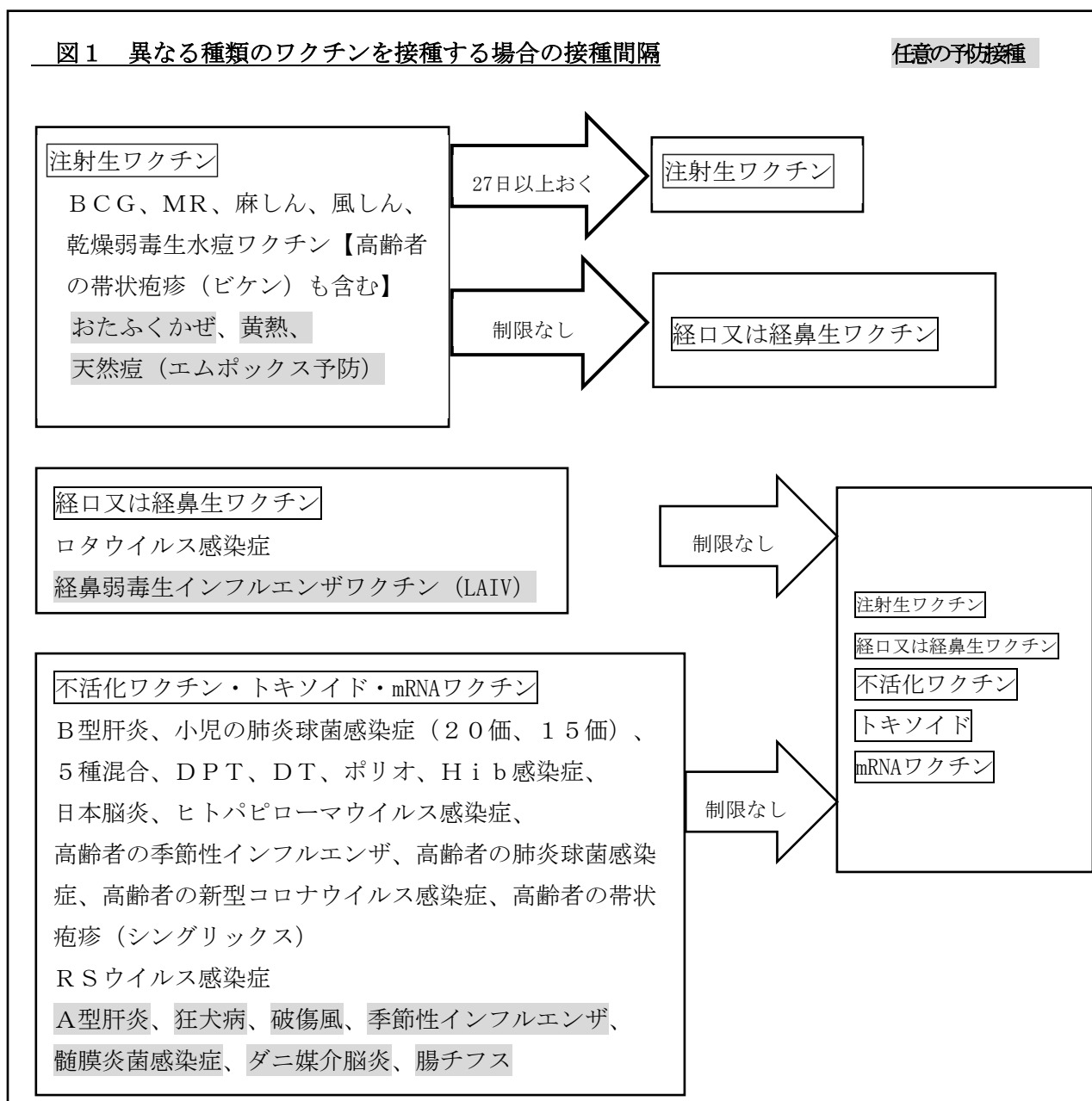
第10 異なる種類のワクチンを接種する場合の接種間隔 (図1 参照)

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン、乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、経皮接種用乾燥BCGワクチン又は乾燥弱毒生水痘ワクチンを接種した日から、異なる種類の乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン、乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、経皮接種用乾燥BCGワクチン又は乾燥弱毒生水痘ワクチンの予防接種を行うまでの間隔は、27日以上おくこと。上記以外のワクチンの組み合わせでは、接種間隔の制限はない。

同じ種類のワクチンを複数回接種する場合はそれぞれのワクチンに定められた接種間隔を守ること。

ただし、あらかじめ混合されていない2種以上のワクチンについて、医師が必要と認めた場合で、被接種者又はその保護者の同意が得られた場合、同時に同一の対象者に接種を行うことができる。

なお、複数のワクチンを混合して、同じ注射器内に入れて接種 (混注) してはならない。



第2章 個別予防接種

第1 事前の措置

予防接種実施医療機関（以下「医療機関」という）は、接種に際して安全について最大限の注意を払うとともに、接種が効率的かつ円滑に行われるよう努めるものとする。

第2 接種時間等

- 1 個別接種は、予防接種時間又は場所を一般外来と分けて行うのが原則であるが、医師が接種対象者に対して感染予防についての十分な配慮を行えば、一般外来と同一の時間又は場所で行っても差し支えないものとする。
- 2 接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。
- 3 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用する方法によること。また、ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い、一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意すること、冷凍保存し解凍後の冷蔵保存では保存期間が変わるものがあることなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

第3 予診等

医療機関は予防接種に際し、次により予診を行うこと。

- 1 乳幼児の接種に当たっては、マイナ保険証等、母子健康手帳により被接種者の住所、氏名、生年月日及び過去の予防接種歴、ワクチンの種類を確認する。
- 2 接種前に、接種を予定している予防接種の対象者であることを慎重に確認する。
- 3 予診票を確認し、接種前診察（問診、視診および聴診）を実施した上で、接種の可否について判断し保護者に説明を行い、接種を受けるか否かを確認する。
- 4 接種後は母子健康手帳及び予診票に、接種日、ワクチン名、ロット番号、接種医師名等の必要事項を記載する。
- 5 他のワクチンとの同時接種を行う場合には、それぞれ単独接種も可能であることを示した上で、その必要性を医師が判断し、保護者の同意を得て接種する。

第4 予防接種後の注意

医療機関は、被接種者及び保護者に対し、予防接種を受けた後の注意として次のことを指導すること。

- 1 予防接種を受けた後30分間は、医療機関で子どもの様子を観察するか、医師とすぐに連絡が取れるようにすること。
- 2 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動を避けるよう注意し、又は注意させる。
- 3 不活化ワクチン接種後1週間、生ワクチン接種後4週間は、副反応の出現に注意し、観察しておく必要がある。
- 4 予防接種当日の入浴は差し支えない。
- 5 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせる。

- 6 被接種者又は保護者は、5の場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに当該予防接種を行った伊丹市立保健センターへ連絡する。
- 7 抜歯、扁桃手術、ヘルニア手術等、緊急性のない手術等を予定又は検討する場合には、予防接種後1か月間は、紛れ込み事故を考慮に入れ、原則として避けることが望ましい。しかし、緊急性の高い手術、疾病の流行状況によっては、必ずしもこの限りではない。

第5 結核の予防接種（BCG）

1 対象年齢

1歳に至るまでの間にある者

例：「生後1歳に至るまでの間にある者」とは、1月1日に生まれた者については、12月31日（生後1歳となる日）まで。

標準 生後5月から生後8月

2 接種回数

回数 1回

3 使用ワクチン等

ワクチン 乾燥BCGワクチン

接種量 所定のスポイトで滴下

接種方法 経皮接種

ワクチンを滴下後管針法により上腕の2か所に押しつけて接種する。部位は左上腕外側のほぼ中央部（三角筋下端部）に接種すること。中央部より肩峰に近い部位はケロイド発生率が高いので避けなければならない。接種部位は、火気、直射日光等を避け、自然に乾燥させる。

4 注意事項

1) 予診で結核罹患歴・化学予防歴のあることが判明した者には、接種を行わない。患者との接触歴がある者については、感染していないことが確認された場合にのみ接種を行うことができる。

2) コッホ現象への対応

接種後10日までに接種部位に明らかな発赤、腫脹、針跡部位の化膿など（コッホ現象）がみられた場合には結核に感染している可能性が高いので、すみやかに市に相談あるいは医療機関で受診するよう、指導する必要がある。また医療機関は、コッホ現象が出現した場合、コッホ現象事例報告書（様式第七）（P37参照）を市へ提出する。

第6 ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎・ヒブ

1 5種混合ワクチン（DPT-IPV-ヒブ）予防接種

1) 対象年齢

第1期………生後2月から生後90月に至るまでの間にある者

標準的な接種期間

第1期初回 生後2月から生後7月に至るまでに開始する。ただし、接種開始年齢によって、接種回数は不変とする。

第1期追加 1期初回接種(3回) 終了後6月から18月に至るまでの間隔において1回
(第2期…「第7 DT2期」(P10参照)の項を参照)

2) 接種回数、間隔等

第1期初回 回数 3回

間隔 27日（医師が必要と認めた場合は20日）以上の間隔を

において接種可

標準 27日から56日までの間隔で接種
(例：月曜日に接種すると、4週間後の月曜日から8週間後の月曜日
までの間隔で接種可能。)

第1期追加 回数 1回
間隔 1期初回接種(3回)終了後、6月以上の間隔を
標準 1期初回終了後6月から18月までの間隔を

3) 使用ワクチン等

ワクチン

沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb混合ワクチン
(ゴービック水性懸濁注シリンジ)
(クイントバック水性懸濁注射用)

接種量 0.5ml

接種方法 皮下または筋肉内接種

4) 注意事項

5種混合ワクチンを使用する。なお、Hib感染症の定期接種として後述する乾燥ヘモフィルスb型ワクチンを使用する場合は初回接種の開始時の月齢ごとに接種回数を減じることとされているが、5種混合ワクチンを使用する場合はこの接種回数を減じることには不要であることに留意すること。

2 I P V予防接種、D P T予防接種

1) 対象年齢

第1期………生後2月から生後90月に至るまでの間にある者

標準的な接種期間

第1期初回 生後2月から生後12月に至るまでの間にある者

第1期追加 1期初回接種(3回)終了後12月から18月に至るまでの間にある者
(第2期…「第7 DT2期」(P10参照)の項を参照)

2) 接種回数、間隔等

第1期初回 回数 3回

間隔 20日以上の間隔で接種可

標準 20～56日までの間隔で接種

(例：月曜日に接種すると、3週間後の月曜日から8週間後の月曜日までの間隔で接種可能。)

第1期追加 回数 1回

間隔 1期初回接種(3回)終了後、6月以上の間隔をあけて

標準 1期初回終了後12月から18月の間隔をあけて

3) 使用ワクチン等

ワクチン

不活化ポリオワクチン(I P V)

沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(D P T)

接種量 0.5ml

接種方法 上腕伸側(外側)に皮下接種

4) 注意事項

D P T、I P Vのうちから、使用するワクチンを選択することが可能な場合であって

も、原則として、同一種類のワクチンを必要回数接種すること。DPTの接種が未完了の場合、DPTを使用する。

3 Hib感染症の予防接種

1) 対象年齢

生後2月から60月に至るまでの者（2か月になる前日から5歳の誕生日の前日まで）

2) 接種回数、間隔等（P11 図2参照）

①標準的な接種

ア 初回接種開始時に生後2月の前日から7月に至るまでの間にある者

接種間隔 27日（医師が必要と認めるときは20日）以上において3回（標準的には56日までの間隔をおいて接種）

イ 追加接種 初回接種終了後7月以上（標準的には13月まで）の間隔をおいて1回。ただし、初回2回目及び3回目の接種は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。（医学的に不要。）この場合も追加接種は可能であるが、初回接種終了後、27日（医師が必要と認めるときは20日）以上の間隔をおいて1回行うこと。

②接種機会を逃した者への接種

標準的な接種機会を逃した者については、次のとおりとすることができる。

ア 初回接種開始時に生後7月になる日から12月に至るまでの間にある者

接種間隔 27日（医師が必要と認めるときは20日）以上において2回（標準的には56日までの間隔をおいて接種）

追加接種 初回接種終了後7月以上、標準的には13月までの間隔をおいて1回。ただし、初回2回目の接種は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。（医学的に不要。）この場合も追加接種は可能であるが、初回接種終了後、27日（医師が必要と認めるときは20日）以上の間隔をおいて1回行うこと。

イ 初回接種開始時に12月（1歳）以上60月（5歳）に至るまでの間にある者
1回接種する。

3) 使用ワクチン等

| | |
|------|-------------------------|
| ワクチン | 乾燥ヘモフィルス b 型 (Hib) ワクチン |
| 接種量 | 0.5ml |
| 接種方法 | 上腕伸側（外側）に皮下接種 |

第7 ジフテリア・破傷風（DT）2期の予防接種

1 対象年齢 11歳以上13歳未満の者

例：「11歳以上13歳未満の者」とは、1月1日に生まれた者については、11歳の誕生日の前日12月31日（11歳となる日）から13歳の誕生日の前日12月31日（13歳となる日）まで。

標準 小学校6年生

2 接種回数

回数 1回

3 使用ワクチン等

| | |
|------|-------------------|
| ワクチン | 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド |
| 接種量 | 0.1ml |
| 接種方法 | 上腕伸側（外側）に皮下接種 |

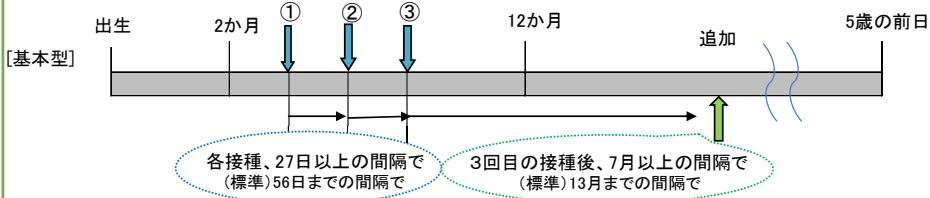
図2 ヒブワクチンの接種方法

(対象: 生後2か月になる前日から5歳の誕生日の前日まで)

【初回接種が生後2か月になるから7か月に至るまでの間にある者】

接種間隔: 27日(医師が必要と認める時は20日)以上、標準的には56日までの間隔を以て3回接種。

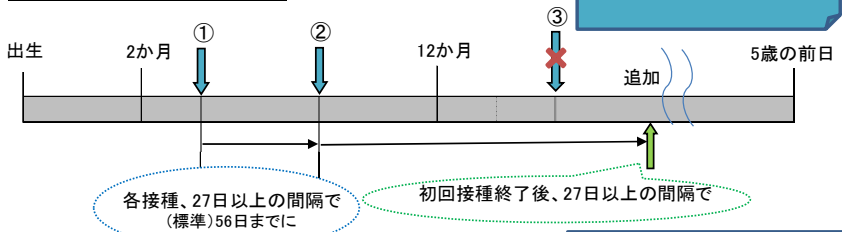
追加接種: 初回接種終了後7月以上、標準的には13月までの間隔を以て1回接種。



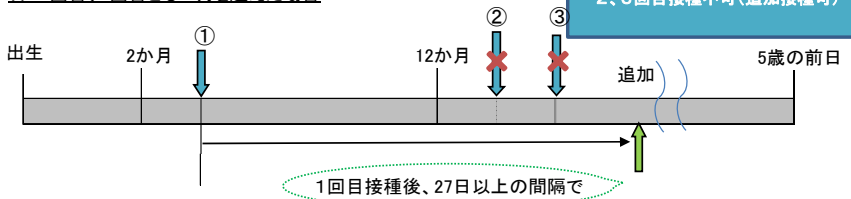
※ただし、初回2回目及び3回目の接種は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを越えた場合は行わないこと。

この場合も追加接種は可能であるが、初回接種終了後、27日(医師が必要と認める時は20日)以上の間隔を以て1回接種。

① 3回目のみ12か月を超えた場合



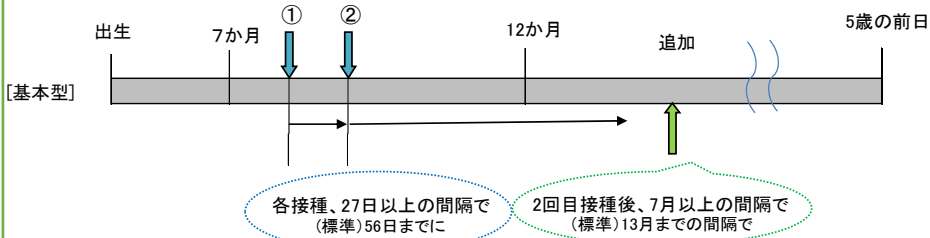
② 2回目、3回目とも12月を超えた場合



【初回接種が生後7か月になる前日から12か月に至るまでの間にある者】

接種間隔: 27日(医師が必要と認るときは20日)以上、標準的には56日までの間隔を以て2回接種。

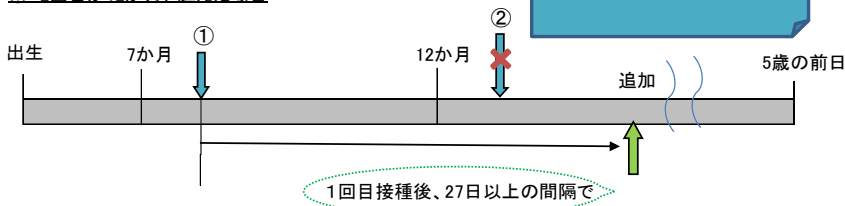
追加接種: 初回接種終了後7月以上、標準的には13月までの間隔を以て1回接種。



※ただし初回2回目の接種は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを越えた場合は行わないこと。

この場合も追加接種は可能であるが、初回接種終了後27日以上の間隔を以て1回接種。

① 2回目が12か月を超えた場合



第8 麻しん及び風しんの予防接種

1 MR 予防接種

1) 対象年齢

第1期・・・生後12月から生後24月に至るまでの間にある者

(1歳の誕生日の前日から2歳の誕生日の前日まで)

例：「生後12月から生後24月に至るまでの間にある者」とは、1月1日に生まれた者については、1歳の誕生日の前日の12月31日から、2歳の誕生日の前日の12月31日まで。

第2期・・・令和2（2020）年4月2日～令和3（2021）年4月1日までに生まれた者は、令和9（2027）年3月31日まで接種可。

2) 接種回数

第1期、第2期それぞれ1回

3) 使用ワクチン等

ワクチン 乾燥弱毒生麻しん・風しん混合ワクチン（MR）

接種量 0.5ml

接種方法 上腕伸側（外側）に皮下接種

4) 注意事項

(1) 既に罹患したかどうかの判断には、麻しん、風しんとも抗体価検査が必要である。したがって、明らかでない場合は対象者として接種することができる。（なお、麻しんと臨床診断された際は、発疹出現後麻疹特異的 I g M抗体検査（E I A法）を実施する必要があるため、診断後すぐに血液、咽頭ぬぐい液、尿の検体を保健所へ提出（平成22年11月11日国の通知より）する。それらの結果で麻しんと検査診断されて麻しんに罹患したことが確定される。したがって、罹患したかどうかの判断には、十分注意が必要である。）

(2) 過去の接種歴は問わない。

5) 予防接種の特例

(1) 令和7年3月11日「麻しん及び風しんの定期の予防接種に係る対応について」より、令和6年度MRワクチンの偏在により第1期、第2期、第5期の接種について期間内に受けられなかった下記の者に対し、予防接種施行令第3条第2項に規定する「特別な事情」に基づき、令和9年3月31日までの間、接種対象期間を超えて接種を行って差し支えないこととする。

第1期・・・令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれ

第2期・・・平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれ

第5期・・・昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性であって、令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、風しん第5期対象と診断された者。（令和7年度以降に抗体検査を実施した方は対象外。）

(2) 風しん抗体検査受診票、風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準、風しんの第5期の定期接種予診票（MRワクチンを接種）については、巻末に示します。（P70～72）

2 麻しん予防接種

1) 対象者

既に風しんに罹患したことが抗体価検査により明確な者及び、特に当該ワクチンの接種を希望する者

2) 対象年齢

MRと同様

3) 接種回数

第1期、第2期それぞれ1回

4) 使用ワクチン

ワクチン 乾燥弱毒生麻しんワクチン

接種量 0.5ml

接種方法 上腕伸側（外側）に皮下接種

5) 注意事項

MR 4) 注意事項（1）（2）を参照のこと

3 風しん予防接種

1) 対象者

既に麻しんに罹患したことが抗体価検査等により明確な者及び、特に当該ワクチンの接種を希望する者

2) 対象年齢

MRと同様

3) 接種回数

第1期、第2期それぞれ1回

4) 使用ワクチン

ワクチン 乾燥弱毒生風しんワクチン

接種量 0.5ml

接種方法 上腕伸側（外側）に皮下接種

5) 注意事項

MR 4) 注意事項（1）（2）を参照のこと

第9 日本脳炎の予防接種

1 対象年齢

第1期…… 生後36月から生後90月に至るまでの間にある者

例：「生後36月から生後90月に至るまでの間にある者」とは、1月1日に生まれた者については、3歳の誕生日の前日12月31日（3歳となる日）から、7年半後の6月30日（生後90月となる日）まで。

標準

第1期初回 生後36月から生後48月

第1期追加 生後48月から生後60月

第2期……9歳以上13歳未満の者

例：「9歳以上13歳未満の者」とは、1月1日に生まれた者については、9歳の誕生日の前日（9歳となる日）12月31日から、13歳の誕生日の前日12月31日（13歳となる日）まで。

標準 小学校4年生

2 接種回数、間隔等

第1期初回

回数 2回

間隔 6日以上の間隔をあけて

標準 6～28日までで接種

例：月曜日に接種すると、1週間後の月曜日から4週間後の月曜日まで。

第1期追加

| | |
|----|-------------------|
| 回数 | 1回 |
| 間隔 | 1期終了後6か月以上の間隔をあけて |
| 標準 | 1期初回終了後おおむね1年 |

第2期

| | |
|----|----|
| 回数 | 1回 |
|----|----|

3 使用ワクチン等

| | |
|------|----------------|
| ワクチン | 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン |
| 接種量 | 0.5ml |
| 接種方法 | 上腕伸側（外側）に皮下接種 |

4 予防接種法で定められた生後6月から生後36月に至るまでの期間で、第1期対象年齢者が海外渡航等の理由で接種を希望する場合について

市立伊丹病院等で接種を行うものとする。ただし、当該接種対象者又はその保護者が希望する医療機関（主治医等）での接種を希望したときはこの限りでない。接種に際しては、予防接種法に基づき対処する。

（生後6月～36月未満(3歳の前々日まで) 接種量 0.25ml)

5 予防接種の特例

特例対象者(平成17年度から平成21年度にかけての日本脳炎予防接種の積極的勧奨の差し控えにより、接種機会を逃した者。)平成19年4月1日以前生まれで「20歳未満」の者(実施規則第5条の対象者) (P15 図3参照)

ア) 残りの3回の日本脳炎の予防接種を行う場合

第1期の初回接種を1回受けた者は、6日以上の間隔をおいて残り2回の接種を行うこととし、第4回目の接種は、9歳以上の者に対して、第3回目の接種終了後6日以上の間隔をおいて行う。

イ) 残り2回の日本脳炎の予防接種を行う場合

第1期の初回接種を2回受けた者は、6日以上の間隔をおいて第3回目の接種を行うこととし、第4回目の接種は、9歳以上の者に対して、第3回目の接種終了後6日以上の間隔をおいて行う。

ウ) 残り1回の日本脳炎の予防接種を行う場合

第4回目の接種として、9歳以上の者に対して、第3回目の接種終了後6日以上の間隔をおいて行う。

エ) 全く日本脳炎の予防接種をしていない場合

第1回目及び第2回目の接種として6日以上、標準的には6日から28日までの間隔をおいて2回、第3回目の接種については、第2回目の接種後6月以上、標準的にはおおむね1年を経過した時期に1回接種する。第4回目の接種は、9歳以上の者に対して第3回目の接種終了後、6日以上の間隔をおいて1回接種する。

第10 ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防ワクチン）の予防接種

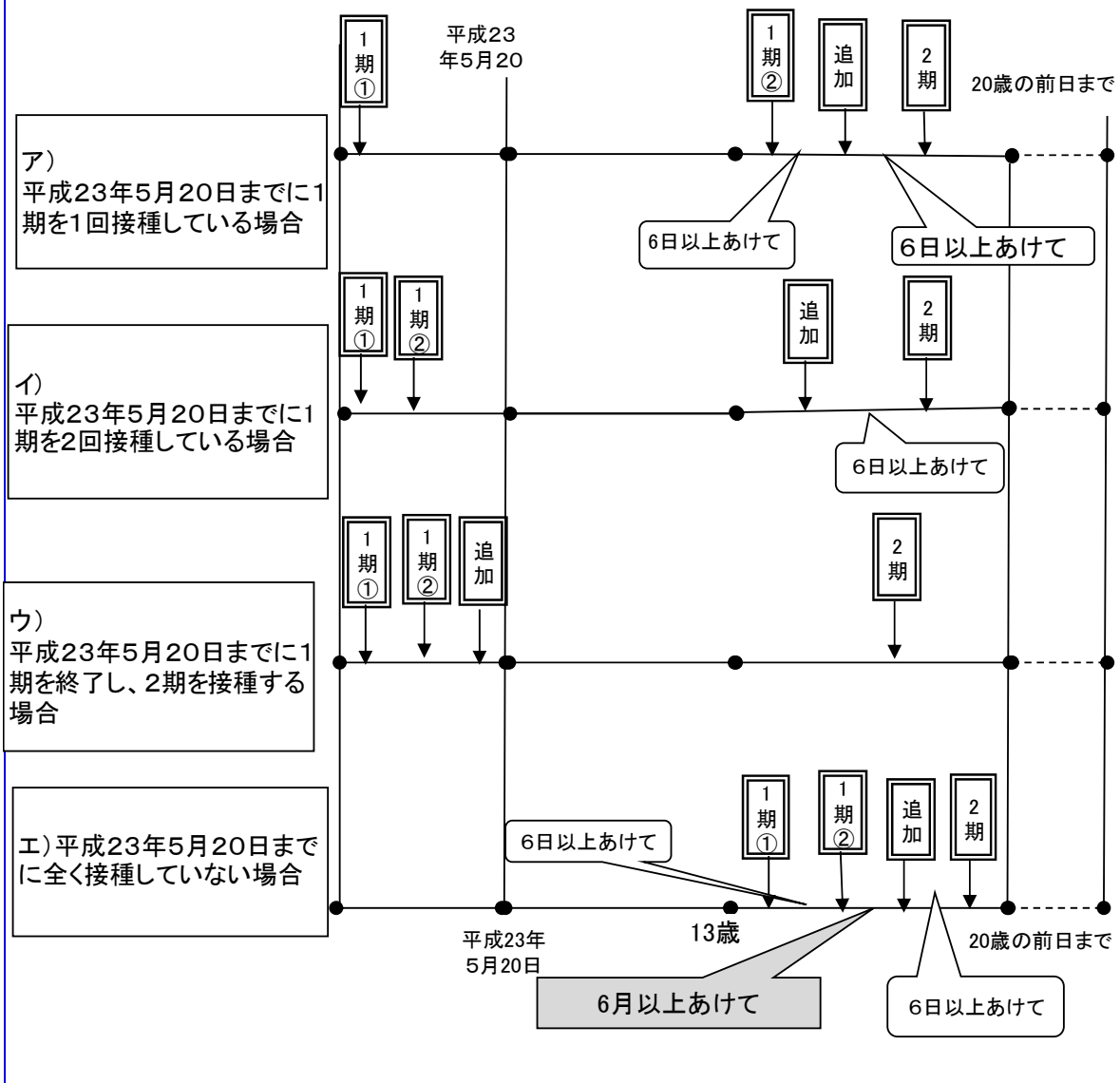
1 対象年齢

12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子（小学校6年生から高校1年生の年齢相当の女子）

標準 13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間（中学1年生の年齢相当の女子）

(図3) 日本脳炎の予防接種 標準接種間隔での接種が不可能な場合
(平成23年5月20日の実施規則の一部改正に伴う接種方法の例について)

【特例対象者 平成19年4月1日以前生まれで、20歳になる前日までに計4回の残り回数を接種できます。】



2 接種回数

回数 3回（小学6年生～15歳の誕生日の前日まで組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（酵母由来）（9価）1回目を接種した場合は、2回。

3 使用ワクチン等

ワクチン

組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（酵母由来）（以下「9価」という。）

小学6年生～15歳の誕生日の前日までに初回接種から5月（標準6月）以上の間隔において2回目を接種する。この場合13か月後までに接種することが望ましい。なお、2回目の接種が初回接種から5月後未満であった場合、3回目の接種を実施すること。この場合、3回目の接種は2回目の接種から少なくとも3月以上の間隔において接種すること。

15歳以降に1回目を接種する場合、0、2、6か月後に接種するものとする。ただし、2回目及び3回目の接種が初回接種の2か月後及び6か月後にできない場合、2回目接種は初回

接種から少なくとも1月以上、3回目接種は2回目接種から少なくとも3月以上の間隔をおいて接種できる。また、1年以内に3回の接種を終了することが望ましい。

例：「1月あける」というのは、翌月の同日から接種可能となる。

4月1日に1回目を接種した場合、2回目は5月1日以降となる。

接種量 0.5ml

接種方法 上腕三角筋部（4価においては、大腿四頭筋部も可）に筋肉内接種

4 注意事項

- 1) 次に掲げる者については、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に広範な疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する可能性があるため、予診に当たっては、これらの者の接種について慎重な判断が行われるよう留意する。
 - ア 外傷等を契機として、原因不明の疼痛が続いたことがある者
 - イ 他のワクチンを含めて以前にワクチンを接種した際に激しい疼痛や四肢のしびれが生じたことのある者
- 2) ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に当たっては、ワクチンを接種する目的、副反応等について、十分な説明を行った上で、かかりつけ医など被接種者が安心して予防接種を受けられる医療機関で行う。
- 3) 子宮頸がん予防ワクチンの接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるので、失神による転倒等を防止するため、注射後の移動の際には、保護者又は医療従事者が腕を持つなどして付き添うようにし、接種後30分程度体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要がある。
- 4) 2価又は4価HPVワクチンを1回又は2回接種している場合
過去に接種歴があるワクチンと同一の種類のワクチンを使用することを原則とする。ただし、2価又は4価HPVワクチンと9価HPVワクチンの互換接種について、安全性、免疫原性及び有効性が一定程度明らかになっていることより、過去に2価又は4価HPVワクチンの接種歴のあり、計3回の残り回数がある場合は9価HPVワクチンを選択することができる。
- 5) 保護者が同伴しない場合には、予防接種の効果、予防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健康被害救済の説明を事前に理解する必要があるため、事前に保護者に接種前ちらしを配布し、保護者がその内容に関する説明を適切に理解したこと及び予防接種の実施に同意することを当該予診票により確認できた場合に限り接種を行うものとする。
- 6) 妊娠中の接種に関する有効性及び安全性並びに授乳中の接種に関する安全性は確立していないことから、妊婦又は妊娠している可能性のある者には接種を行わないことが望ましく、また、授乳中の者への接種は予防接種上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみ行う。（なお、接種時に感染が成立しているヒトパピローマウイルスの排除及び既に生じているヒトパピローマウイルス関連の病変の進行予防効果は期待できないことに留意する。）
- 7) 予防接種を行うに際して注意を要する者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断する。特に、妊娠している者等であるか否かに注意する必要があることから、医師は、入念な予診が尽くされるよう、予診票に記載された内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に、口頭で記載事実の確認を行う。また、その際、被接種者本人が事実を話しやすいような環境づくりに努めるとともに、本人のプライバシーに十分配慮すること。

- 8) 予防接種後に広範な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、次に掲げる事項について適切に対応すること。
- (1) 予防接種法の規定による副反応疑い報告の必要性の検討
 - (2) 当該予防接種以降のヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を行わないことの検討
 - (3) 神経学的・免疫学的な鑑別診断および適切な治療が可能な医療機関の紹介
- 9) 13歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。
- 10) ヒトパピローマウイルス感染症は、イボからの感染や母子感染、性的接触等により感染することから、感染予防や、がん検診を受診することの必要性について、併せて説明することが望ましい。

第11 小児の肺炎球菌感染症の予防接種

1 対象年齢

生後2月から60月に至るまでの間にある者（2か月になる前日から5歳の誕生日の前日まで）

2 接種回数、間隔等

1) 標準的な接種

- (1) 初回接種として、生後2月から7月に至るまでの間にある者

標準的には生後12月までに27日以上の間隔で3回接種する。ただし、2回目及び3回目の接種は、生後24月の前日までに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。（医学的に不要。）ただし、2回目の接種が生後12月を超えた場合、3回目の接種は行わないこと。（追加接種は実施可能）。

- (2) 追加接種として、生後12月に至った日以降に、初回接種終了後60日以上の間隔で1回接種する。

標準 生後12月から生後15月に至るまで

2) 接種機会を逃した者への接種

- (1) 初回接種開始時に生後7月から12月に至るまでの間にある者

標準的には生後12月までに27日以上の間隔で2回接種する。ただし、2回目の接種は、生後24月の前日までに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。（医学的に不要。）（追加接種は実施可能）。

追加接種として、初回接種終了後60日以上の間隔をおいた後であって、生後12月に至った日以降において1回接種する。

- (2) 初回接種開始時に12月（1歳）から24月（2歳）に至るまでの間にある者
60日以上の間隔で2回接種する。

- (3) 初回接種開始時に24月（2歳）から60月（5歳）に至るまでの間にある者
1回接種する。

3 使用ワクチン等

ワクチン 沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン（以下PCV15という。）

沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（以下PCV20という。）

接種量 0.5ml

接種方法 PCV15、PCV20の場合は、皮下または筋肉内に接種

4 その他

同一の者には、過去に接種歴のあるワクチンと同一の種類ワクチンを使用することを原則とするが、ある回数投与した後に転居した際、転居後の定期接種を実施する市町村において、PCV20価の接種しか実施していない等の理由により、原則にすることができないやむを得ない事情があると当該市町村長が認める場合には、PCV15で接種を開始したものについて、PCV20価を用いても差支えないこととする。

第12 水痘の予防接種

1 対象年齢

生後12月から生後36月に至るまでの間にある者（1歳の誕生日の前日から3歳の誕生日の前日まで）

例：「生後12月から生後36月に至るまでの間にある者」とは、1月1日に生まれた者については、12月31日（生後12月となる日）から、3歳の誕生日の前日の12月31日（生後36月となる日）まで。

2 接種回数・間隔等

初回接種として、生後12月から生後36月に至るまでの間にある者が対象となるが、標準的には生後12月から生後15月に達するまでの期間に1回目、追加接種として6月から12月までの間隔をおいて2回目を行う。（3月以上の間隔をあけて）

3 使用ワクチン等

ワクチン 乾燥弱毒生水痘ワクチン
接種量 0.5ml
接種方法 上腕伸側（外側）に皮下接種

4 注意事項

- 1) 過去に水痘にかかったことのある者は、医学的に必要がないため対象とならない。
- 2) 接種後2週間以内にリンパ球の減少あるいは免疫機能の低下が予想されるような治療が予定されている場合や白血病の強化療法あるいは広範な放射線治療などの免疫抑制作用の強い治療を受けている場合は接種を避ける。また、急性骨髄性白血病、T細胞白血病、悪性リンパ腫の場合には、続発性免疫不全状態にあることから、臨床反応が出やすく抗体価の上昇も悪いので、接種は推奨されていない。

第13 B型肝炎の予防接種

1 対象年齢

1歳に至るまでの間にある者

※B型肝炎の予防接種については、HBs抗原陽性の者の胎内又は産道においてB型肝炎ウイルスに感染した恐れのある者であって、抗HBs人免疫グロブリンの投与に併せて組換え沈降B型肝炎ワクチンの投与を受けたことのある者を対象者から除く。

2 接種回数・間隔等

接種回数 3回
接種間隔 27日以上の間隔をおいて2回、1回目より139日以上の間隔をおいて1回接種
標準 生後2か月、3か月、7～8か月で接種

3 使用ワクチン等

ワクチン 組換え沈降B型肝炎ワクチン
接種量 0.25ml
接種方法 上腕伸側（外側）に皮下接種

4 その他

- 1) 使用するワクチン製剤は、遺伝子型A型、C型どちらのウイルス由来の製剤も選択可能とする。
- 2) 10歳（10歳の誕生日以降）以上に接種する場合は、0.5ml皮下または筋注とする。

第14 ロタウイルス感染症の予防接種

1 対象年齢

- 1) 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチンを使用する場合は、出生6週0日後から24週0日後までの間にある者
- 2) 五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンを使用する場合は、出生6週0日後から32週0日後までの間にある者

2 使用ワクチン、接種回数、間隔等

- 1) 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン27日以上の間隔を置いて2回経口投与
- 2) 五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン27日以上の間隔を置いて3回経口投与

3 対象者から除外される者

次に掲げる者については、定期接種の対象者から除くこと。

- 1) 腸重積症の既往歴のあることが明らかな者
- 2) 先天性消化管障害を有する者（その治療が完了した者を除く。）
- 3) 重症複合免疫不全症の所見が認められる者

4 留意事項

- 1) 出生15週0日後以降の初回接種については安全性が確立されておらず、出生14週6日後までに初回接種を完了させることが望ましい。このため、定期接種の周知に当たっては、その旨を伝えること。
- 2) 出生15週0日後以降に初回接種を行う場合、上記について十分に説明を行い、同意を得られた場合に接種すること。
- 3) ワクチン接種後に間欠的な啼泣や不機嫌、血便、嘔吐等腸重積症を疑う症状が被接種者にみられる場合は、速やかに医師の診察を受けさせるよう、接種時に保護者に対して説明すること。
- 4) 接種歴の確認
2回目以降の接種に当たっては、保護者が持参した予防接種済証又は母子健康手帳等により、経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン又は五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンのいずれの接種歴があるか確認すること。
- 5) 吐き出した場合の対応
経口投与後に接種液を吐き出したとしても追加の投与は必要ない。

第15 RSウイルス感染症の予防接種

1 対象者

妊娠28週～37週に至るまでの者

2 使用ワクチン、接種回数等

ワクチン 組換えRSウイルスワクチン（アブリスボ）

接種回数および接種量 妊娠毎に1回 0.5ml

接種方法 上腕の三角筋部に筋肉内注射

3 留意事項

- 1) RSウイルス感染症にかかったことのある者についても対象とする。

- 2) 接種の際、母子健康手帳の提示を求めること。
- 3) 同時接種については、医師が特に必要と認めた場合に行うことができる。
- 4) 妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと判断する者については、接種に際して留意すること。
- 5) 接種後14日以内に出生した乳児における有効性は確立していないことから、妊娠39週に至るまでの間に妊娠終了を予定している場合、その14日前までに接種を完了させることが望ましい。
- 6) 妊娠39週に至るまでの間に妊娠終了を予定している場合、その14日前以降に接種を行う場合、上記5)について説明を行い、同意が得られた場合に接種すること。

第3章

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

- 1 ロタウイルス感染症及びインフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、RSウイルス感染症を除く予防接種法の対象疾病（以下「特定疾病」という。）について、それぞれ政令で定める定期の予防接種の対象者であった者（帯状疱疹以外の特定疾病にあつては当該特定疾病にかかっている者又はかかったことのある者、帯状疱疹にあつては、当該疾病にかかっている者、その他接種不適当者（P4参照）を除く。）であつて、当該定期の予防接種の対象者であつた間に、次の2に示す**特別の事情**（表3 P22参照）があることにより予防接種を受けることができなかつたと認められるものについては、当該特別の事情がなくなった日から起算して2年（高齢者の肺炎球菌感染症及び帯状疱疹に係る定期接種を受けることができなかつたと認められるものについては、当該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（次の3に掲げる疾病については、それぞれ3に掲げるまでの間である場合に限る。）、当該特定疾病の定期接種の対象者とする。
- 2 特別の事情
 - 1) 次の（1）～（3）まで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つた場合に限る。）
 - （1）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
 - （2）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
 - （3）（1）又は（2）の疾病に準ずると認められるもの

上記に該当する疾病の例は、表3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の不適当者であるということの意味するものではなく、予防接種実施の可否の判断は、あくまで予診を行う医師の診断の下、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（やむを得ず定期の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（これ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場合に限る。）また虐待やネグレクト等により規定の接種時期に定期の予防接種を受けられず、やむを得ず規定の接種時期を超えて接種を希望する場合においても児童相談所等による対応履歴を提出することで、同様の対応を行うものとする。
- 3 対象期間の特例（表2 疾病別の対応 P21参照）

- 1) ジフテリア、百日せき、ポリオ、破傷風及びヒブについては、15歳の誕生日の前日（5種混合ワクチンを使用する場合に限る。）に達するまでの間。
- 2) 結核については、4歳の誕生日の前日までの間。（定期の予防接種の対象期間を超えて、BCG接種をする場合は、あらかじめツベルクリン反応検査を行うことを検討する。）
- 3) Hib感染症については、10歳の誕生日の前日までの間。
- 4) 小児の肺炎球菌感染症については、6歳の誕生日の前日までの間。

4 留意事項

接種を希望する者は、主治医に「長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書」（様式第1-①）（P64）を記入してもらい、伊丹市長へ定期予防接種依頼申請書（様式第1-②）（P65）と併せて提出後、定期予防接種対象者証（様式第1-③）（P66）の交付を事前に受けるものとする。

5 厚生労働省への報告

上記に基づき予防接種を行った場合、伊丹市は被接種者の接種時の年齢、当該者がかかっていた疾病の名称等特別な事情の内容、予防接種を行った疾病、接種回数などを任意の様式により速やかに厚生労働省健康・生活衛生局予感染症対策部予防接種課に報告する。（様式第1-④）（P67）

表2 疾病別の対応 X：接種不適當要因解消時点

| 疾病（又はワクチン名） | 予防接種施行令に規定している定期予防接種の対象者 | 薬事法に基づく添付文書上の上限年齢 | 上限年齢 |
|--------------|--|-------------------------|--|
| B型肝炎 | 1歳に至るまでの間にある者 | — | X+2年 |
| ジフテリア | 1期：3種混合、5種混合 生後2月から生後90月に至るまでの間にある者 2期：2種混合 11歳～13歳未満 | 小児（15歳未満）（5種混合の場合15歳未満） | X+2年（ただし、5種混合の場合は小児（15歳未満））（※1） ヒブ（ただし、10歳未満）（※2） |
| 百日せき | | | |
| 破傷風 | | | |
| ポリオ | | | |
| ヒブ | | | |
| 日本脳炎 | 1期：生後3月から生後90月に至るまでの間にある者 2期：9歳～13歳未満、 特例対象者：H19年4月1日以前生まれで20歳の 前日までの者 | — | X+2年 |
| 麻疹・風しん | 1期：生後12月から生後24月に至るまでの間にある者 2期：当該年度に6歳となる者 | — | X+2年 |
| 結核 | 生後1歳に至るまでの間にある者 | — | X+2年（ただし4歳未満）（※2） |
| 水痘 | 生後1歳から3歳の誕生日の前日までの者 | — | X+2年 |
| 子宮頸がん予防ワクチン | 小6～高1相当の女子、 | — | X+2年 |
| 小児用肺炎球菌ワクチン | 生後2月から生後60月に至るまでの間にある者 | 6歳未満 | X+2年（ただし、6歳未満）（※1） |
| 高齢者肺炎球菌ワクチン | 65歳の者 | | X+1年 |
| 高齢者の帯状疱疹ワクチン | 65歳の者、令和7年度より5年間の経過措置として、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳（※）を対象とする。※経過措置として100歳以上の者については令和7年度に限り全員対象とする。 | | X+1年 |

（※1） 薬事承認の規定による設定 （※2） 医学的必要性による設定

表3 長期にわたり療養を必要とする疾病

| 分類 | 名称 |
|---------|--|
| 悪性新生物 | 白血病・悪性リンパ腫・神経芽細胞腫・肝芽腫・脳腫瘍・ウィルムス(Wilms)腫瘍・網膜芽細胞腫・骨肉腫・ランゲルハンス(細胞)組織球症(Histiocytosis X)・横紋筋肉腫・ユーイング(Ewing)肉腫・末梢性神経外胚葉腫瘍 |
| 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・自己炎症性症候群 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 ウイスコット・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) |
| 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・多発性硬化症・脊髄小脳変性症・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 |
| 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・膵嚢胞線維症・慢性膵炎・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 |
| 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・バーター(Bartter)症候群・グッドパスチャー(Goodpasture)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) |
| 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 |
| 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 | ウイルソン(Wilson)病(セルロプラスミン欠乏症)・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・ブドウ糖・ガラクトース吸収不全症・メチルマロン酸血症 |
| 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 |

第4章 副反応疑いに対する措置



- 1 副反応についての診療は健康保険により取り扱うものとする。
- 2 医師等が通常の副反応の範囲を超える症状（別紙様式1の報告基準（P39））を診断した場合には、医師は速やかに電子報告システムにて機構へ報告すること。なお、電子的な報告が困難な場合は、予防接種の種類にかかわらずfax（fax番号：0120 - 176 - 146）にて報告する。詳しくは、厚生労働省副反応報告を参照のこと。（右上二次元コードで確認可）。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。faxによる報告の場合、別紙様式1もしくは国立健康危機管理研究機構（以下「JIHS」という。）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別紙様式2を使用して報告すること。（記載事項の詳細については、別紙様式1記入要領を参照すること。）またいずれの手段による報告であっても、その症状が急性散在性脳脊髄炎（以下ADEMという。）又はギラン・バレ症候群（以下GBSという。）、血栓症（以下TTSという。）、心筋炎又は心膜炎と疑われる場合はそれぞれADEM調査票（P52～53）、GBS調査票（P54～55）、TTS調査票（P56～58）、心筋炎調査票（P59～60）及び心膜炎調査票（P61～62）の両方を作成して報告すること。なお、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合であっては、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告すること。各調査票の作成にあたっては、すべての項目について遺漏なく入力すること。また、報告対象となる症例の経過において複数の医師等が関与した場合にあっては、そのうち代表する者が、接種の状況や経過等の情報を可能な限り集約して調査票に入力の上、報告することが望ましいこと。
- 3 機構は、医師等から2の報告を受理した後、速やかに厚生労働省に報告する。その後厚生労働省は県を通じ、市に当該報告が情報提供される。
- 4 2の報告を行った場合には、厚生労働省において、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（昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第68条の10第2項の規定による報告としても取り扱うこととするため、医師等は重ねて同項の規定による報告をする必要はないこと。
- 5 患者に対して予防接種を行った医師等以外が、2の報告をする場合においては、記載が困難な事項については、記載する必要はない。
- 6 厚生労働省、JIHS又は機構が2の報告に関する調査を行うことがあるので、医療機関の関係者等は、予防接種法第13条第4項の規定に基づき、厚生労働省から副反応疑い報告に関する情報収集等の協力依頼がなされた際には、これに協力すること。
- 7 2の報告の内容については、厚生労働省、JIHS又は機構において調査等を実施した後、個人情報に十分配慮した上で、公開の場で検討することとするものである。
- 8 市は被接種者または保護者（以下「保護者等」という。）からの定期的予防接種等後に発生した健康被害に関し相談を受けた場合等には、必要に応じて別紙様式3（P63）に必要事項を記入するよう促すとともに、市は県を通じて、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課へ電子メール（メールアドレス：yoboseshu@mh1w.go.jp）にて報告する。この場合において、市は当該健康被害を診断した医師等に対し、2の報告を促すとともに、医師等が報告基準に該当せず因果関係もないと判断しているなどの理由により、報告をしない場合には、その理由も添えて厚生労働省へ報告すること。
- 9 市が予防接種健康被害救済制度に基づく請求を受け付けた時には、当該健康被害を受けた方

に関する副反応疑い報告がなされているかどうかについて、市において確認し、市は当該健康被害を診断した医師等に対し、副反応疑い報告制度の趣旨に鑑み必要に応じて、当該報告の提出を促すこと。

10 任意接種における健康被害の報告

定期の予防接種以外の予防接種（以下「任意接種」という。）における健康被害については、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるとき（【表2】の①～⑨参照）は、診断した医師等は、2と同様に別紙様式2を用い、速やかに電子報告システムにて報告すること。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 fax（fax番号：0120-176-146）にて報告を受け付けている。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。またいずれの手段による報告であっても、ADEMが疑われる症例についてはADEM調査票を、GBSが疑われる症例についてはGBS調査票を、TTSが疑われる症例については、TTS調査票を、心筋炎が疑われる症例については心筋炎調査票を、心膜炎が疑われる症例については心膜炎調査票を作成し、報告するものとする。

【表2】

任意接種における報告対象となる情報は、予防接種による副反応、感染症の発生について、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）であり、具体的には以下の事項（症例）を参考にすること。なお、ワクチンとの因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となり得る。

① 死亡 ② 障害 ③ 死亡につながる恐れのある症例 ④ 障害につながる恐れのある症例 ⑤ 治療のために病院又は診療所への入院又は入院期間の延長が必要とされる症状（③及び④に掲げる症例を除く。）⑥ ①から⑤までに掲げる症例に準じて重篤である症例 ⑦後世代における先天性の疾病又は異常 ⑧ 当該医薬品の使用によるものと疑われる感染症による症例等の発生 ⑨ ①から⑧までに示す症例以外で、軽微ではなく、かつ、添付文書等から予測できない未知の症状等の発生

11 ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意接種に係る対応

- 1) 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、医師はヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認すること。
- 2) ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種にあつては、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るため、医師がこれらの症状と接種との関連性を認めた場合、医師等は厚生労働大臣に対して2の規定による報告を行う。
- 3) 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の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品医療機器等法第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、10の規定による報告を行う。
- 4) 2) 及び3) については、患者に接種を行った医師等以外の医師等においても行うべきものであること。
- 5) 過去にヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意接種の接種後に広範な

- 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患者であって、既に当該症状については治療を受けていないものについても、2)又は3)と同様に取り扱うこと。
- 6) ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種にあつては、当該症状が2価又は4価を用いて規定の回数の一部を完了した者が残りの接種を9価で完了させる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すること。
- 7) ヒトパピローマウイルス感染症の経過措置において、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、予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記すること。

1.1 新型コロナウイルス感染症の定期的予防接種等又は任意接種に係る対応

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当該規定による副反応疑い報告を積極的に行うよう検討するとともに、これら以外の症状（遅発性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すること。

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、関節炎、脊髄炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射（失神を伴うもの）また、副反応疑い報告基準に基づき、「血栓症（TTS）」、「心筋炎」又は「心膜炎」について報告する場合にあつては、2を参照すること。なお、令和6年3月31日までに行われた特例臨時接種に関して、令和6年4月1日以降に副反応疑い報告基準を定める症状を呈していることを知ったときについても、2に示す方法に沿って、副反応疑い報告を提出すること。

第5章 予防接種による間違い（過誤）時の対応

- 第1 予防接種による間違い（過誤）が発生したときは、予防接種による間違い（過誤）報告書（様式第4）（P69）に基づき、医師会又は伊丹市へ報告しなければならない。また万が一誤った用法用量でワクチンを接種した、有効期限の切れたワクチンを接種した等の重大な健康被害につながる恐れのある間違い（過誤）を把握した場合には、すみやかに医師会又は伊丹市へ報告しなければならない。
- 第2 定期接種を実施する際、予防接種に係る間違い（過誤）の発生防止に努めなければならない。（別冊伊丹市予防接種事故防止マニュアル保存版（第2版）を参照のこと。）

第6章 予診票の保存

予診票は5年間保存とする。なお、異常な副反応等を呈した者の予診票については、他と区分して厳重に保存するものとする。

第7章 委託料

- 第1 ワクチンの現物支給について

この要領で定めるA類疾病の予防接種に使用するワクチンは、医療機関の発注を受けて卸業者より直接納品する『ワクチン現物支給』の方法で行う。医療機関は、ワクチン月末管理状況報告書を翌月10日までに提出することとする。詳細は、「ワクチン現物支給の手引き」を参照のこと。

第2 委託料

下記予防接種に係る委託料は、別途医師会から各医療機関に通知するものとする。

- 1 結核の予防接種（BCG）
- 2 5種混合ワクチン
- 3 Hib感染症の予防接種
- 4 DPT1期予防接種
- 5 IPV（不活化ポリオワクチン）予防接種
- 6 DT2期予防接種
- 7 麻しん風しん（MR）1・2期・5期予防接種
- 8 日本脳炎予防接種
- 9 ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）予防接種
- 10 小児の肺炎球菌感染症の予防接種
- 11 水痘の予防接種
- 12 B型肝炎の予防接種
- 13 ロタウイルス感染症の予防接種
- 14 RSウイルス感染症
- 15 未接種（予診のみ）（ただし、健康上の要因による未接種の場合のみ）
（注意）未接種の場合、保険診療との同時請求はできない。また同時接種予定での未接種時、複数請求はできない。

第3 実施報告

医療機関は、当該月分について、翌月10日までに、医師会を通じて「伊丹市個別予防接種実施報告書」に実施済予診票・未接種予診票（各複写の1枚目）を添えて市に報告するものとする。ただし、期日については、市又は医師会の指定する期日を確認することとする。

第4 請求

医師会は、当月分について、翌月10日までに、委託料を市長に請求するものとする。ただし、期日については、医療機関は伊丹市または医師会の指定する期日を確認することとする。

また6市1町（尼崎市、西宮市、芦屋市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町）の他市依頼書添付の予診票についても、市民同様に請求を行うことができる。

第5 支払

市長は、委託料の請求のあった月の末日までに、委託料を医師会に支払うものとする。

(B類疾病用)

第1章 総 則

第1 目 的

この要領は、伊丹市長（以下「市長」という。）が予防接種法（昭和23年6月30日法律第68号）に基づき伊丹市医師会（以下「医師会」という。）及びその会員である医師の協力を得て行うB類疾病の予防接種について必要な事項を定めるものとする。

第2 予防接種の対象疾病と実施形態

予防接種の対象疾病 高齢者の肺炎球菌感染症
高齢者の带状疱疹
季節性インフルエンザ
高齢者の新型コロナウイルス感染症

実施形態 個別接種（実施医療機関接種）
施設接種（季節性インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症）

- 1 実施医療機関接種とは、接種を希望する対象者が実施医療機関において受ける接種をいう。
- 2 施設接種とは、施設（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・介護老人保健施設）又はその嘱託医師が医師会会員である施設内において、その施設に入所している接種を希望する対象者が受ける接種をいう。

第3 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種

1 対象者

今までに23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン等の予防接種を受けたことがない下記の者。

1) 65歳の者

65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日まで

- 2) 60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前々日まで接種可能）であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令に定められているが、伊丹市では次のように扱うこととする。

接種当日60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前々日まで接種可能）であって、

- ア 身体障害者1級で、障害名が心臓、腎臓、呼吸器の障害、及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害と記載された身体障害者手帳を持参した者
- イ 上記と同程度の障害があり、医師の診断書を持参した者

2 接種回数

1回

3 使用ワクチン等

ワクチン 沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）

接種量 0.5ml

接種方法 上腕の三角筋部に筋肉内接種

4 実施時期 通年実施

5 被接種者負担金の徴収

医療機関は、接種を受けた者から一人につき近隣市町との協議により決定した額を徴収する。

ただし、下記1) 2) の対象者については、徴収しないものとする。

- 1) 生活保護法による被保護世帯に属する者で市福祉事務所長が発行する「生活保護受給証明書」を持参する者
- 2) 中国残留邦人等支援法による支援給付者で市福祉事務所長が発行する「支援給付受給証明書」を持参する者

6 注意事項

原則として上腕の三角筋部に筋肉内注射により行う。接種前には接種部位を消毒し、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する。

第4 高齢者の带状疱疹の予防接種

1 対象者

1) 65歳の者（経過措置終了後の令和12年度より実施）

接種当日65歳の者とは、令和11年度までの間は、前年度の末日に64歳、69歳、74歳、79歳、84歳、89歳、94歳、99歳の者（当該年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者）とする。

（令和8年度は次の生年月日の人）

- ・ 昭和36年4月2日生～昭和37年4月1日生の者
- ・ 昭和31年4月2日生～昭和32年4月1日生の者
- ・ 昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生の者
- ・ 昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生の者
- ・ 昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生の者
- ・ 昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生の者
- ・ 昭和 6年4月2日生～昭和 7年4月1日生の者
- ・ 大正15年4月2日生～昭和 2年4月1日生の者

2) 60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで接種可能）であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令に定められているが、伊丹市では次のように扱うこととする。

接種当日60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで接種可能）であって、

- ア 身体障害者1級で、障害名がヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害と記載された身体障害者手帳を持参した者
- イ 上記と同程度の障害があり、医師の診断書を持参した者

2 使用ワクチン及び接種回数、接種方法

接種ワクチン

乾燥弱毒生水痘ワクチン1回 皮下接種

乾燥組換え带状疱疹ワクチン

標準として2月以上、標準的には2月の間隔をおいて2回筋肉内に接種すること。当該方法をとることができない場合でも1回目の接種から6月までに2回目を完了することが望ましい。（上腕三角筋部に接種のこと。臀部は接種不可。）

ただし、疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1か月以上の間隔をおいて2回筋肉内に注射する。

接種量 各0.5ml

3 実施時期 通年実施

4 被接種者負担金の徴収

医療機関は、接種を受けた者から一人につき近隣市町との協議により決定した額を徴収する。ただし、下記1) 2) の対象者については、徴収しないものとする。

- 1) 生活保護法による被保護世帯に属する者で市福祉事務所長が発行する「生活保護受給証明書」を持参する者
- 2) 中国残留邦人等支援法による支援給付者で市福祉事務所長が発行する「支援給付受給証明書」を持参する者

5 注意事項

- 1) 带状疱疹ワクチンの交接種については、認めない。
- 2) 同時接種については、医師が特に必要と認めた場合に行うことができる。
- 3) 乾燥弱毒生水痘ワクチンとそれ以外の注射生ワクチンの接種間隔は27日以上の間隔を置くこととする。
- 4) 带状疱疹にかかったことのある者についても定期接種の対象とする。
- 5) 対象から除外されるもの

これまでに乾燥弱毒生水痘ワクチンを1回接種したことがある者であって、带状疱疹の予防接種を行う必要がないと認められる者。

これまでに乾燥組換え带状疱疹ワクチンを2回接種したことがある者であって、带状疱疹の予防接種を行う必要がないと認められる者。

第5 季節性インフルエンザ予防接種

国から通達があり次第、医師会と協議を行うものとする。

1 対象者

予防接種法による対象者

- 1) 65歳以上の者（65歳の誕生日の前日から接種可能）
- 2) 60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで接種可能）であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令に定められているが、伊丹市では次のように扱うこととする。

接種当日60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで接種可能）であって、

ア 身体障害者1級で、心臓、腎臓、呼吸器の障害、及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害と記載された身体障害者手帳を持参した者

イ 上記と同程度の障害があり、医師の診断書を持参した者

2 接種回数

1回

3 使用ワクチン等

ワクチン 当該年度製造のインフルエンザワクチン

接種量 0.5ml

接種方法 上腕伸側（外側）に皮下接種

4 実施時期 近隣市町との協議により別途決定する。

5 被接種者負担金の徴収

医療機関及び施設は、接種を受けた者から1人につき近隣市町との協議により決定した額を徴収する。ただし、下記1) 2) の対象者については、徴収しないものとする。

- 1) 生活保護法による被保護世帯に属する者で市福祉事務所長が発行する「生活保護受給証明書」を持参する者
- 2) 中国残留邦人等支援法による支援給付者で市福祉事務所長が発行する「支援給付受給証明書」を持参する者

第6 新型コロナワクチン予防接種

国から通達があり次第、医師会と協議を行うものとする。

1 対象者

予防接種法による対象者

- 1) 65歳以上の者（65歳の誕生日の前日から接種可能）
- 2) 60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで接種可能）であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令に定められているが、伊丹市では次のように扱うこととする。

接種当日60歳以上65歳未満の者（60歳の誕生日の前日から65歳の誕生日の前日まで接種可能）であって、

- ア 身体障害者1級で、心臓、腎臓、呼吸器の障害、及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害と記載された身体障害者手帳を持参した者
- イ 上記と同程度の障害があり、医師の診断書を持参した者

2 接種回数

1回

3 使用ワクチン等

ワクチン 当該年度製造の新型コロナワクチン
接種量 各ワクチンの指定量
接種方法 上腕伸側（外側）に筋肉内接種

4 実施時期 近隣市町との協議により別途決定する。

5 被接種者負担金の徴収

医療機関及び施設は、接種を受けた者から1人につき近隣市町との協議により決定した額を徴収する。ただし、下記1) 2) の対象者については、徴収しないものとする。

- 1) 生活保護法による被保護世帯に属する者で市福祉事務所長が発行する「生活保護受給証明書」を持参する者
- 2) 中国残留邦人等支援法による支援給付者で市福祉事務所長が発行する「支援給付受給証明書」を持参する者

第7 事前の措置

- 1 伊丹市長は、予防接種を希望する者に対して当該予防接種の趣旨、効果、副反応、禁忌その他必要な事項を「市広報」などにより、事前に十分周知するよう努めるものとする。
- 2 伊丹市長は、予防接種に際し、予防接種を希望する者に対して予防接種予診票（以下「予診票」という。）を使用し、事前にもれなく記入するよう指導するものとする。
- 3 伊丹市長は、高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種の対象者に対し、誕生日月の前月末に予防接種に関する予防接種券を個別通知する。接種希望者ははがきを医療機関へ提出し、接種を受ける。
- 4 伊丹市長は、高齢者の带状疱疹ワクチンの予防接種の対象者に対し、4月初旬に予防接種に関する予防接種券（はがき）を個別通知する。

第8 予診票

- 1 予診票は、医療機関及び施設で配布するものとする。
- 2 予診票の各項目の留意点については、以下のとおりである。
 - 1) 体温
体温は適切に測定し、37.5℃（腋窩温）以上を指す者は明らかな発熱者として接種を中止する。
 - 2) 予防接種の効果や副反応についての事前確認
被接種者が当日受ける予防接種の必要性を理解しているかを確認するためのものである。「はい」の場合でも内容の理解ができているかを確認しておくことが必要である。
 - 3) 当日の体の具合
どのように具合が悪いかを記入する。病気の種類により、医師の判断で接種の可否を判断する。
 - 4) 最近1か月の状態
1か月以内に重篤な急性疾患に罹患していた場合は、その状況を把握して、接種の可否を判断する。
 - 5) 既往歴、現病歴
病気の種類を知り、接種についての対応を決めるものである。継続して治療を受けている場合は、原則としてかかりつけ医が判断して接種する。病気の内容によっては、かかりつけ医が予防接種に関する専門医・予防接種センター等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上で、かかりつけ医以外の予防接種に関する専門医が接種若しくは市立伊丹病院等で接種することができる。
 - 6) アレルギー等
インフルエンザワクチンは、ウイルスの増殖に孵化鶏卵を用いるので、卵アレルギーが明確な者（食べるとひどいじんましんや発疹が出たり、口腔内がしびれる者）に対しては、接種の際に注意を要する。
 - 7) 医師記入欄
医師は予診票を確認し、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種の可否に関する判断を行い、被接種者に説明する。署名は医師の直筆で行う。なお、ゴム印等を記名した場合は医師の押印を行う。
 - 8) 使用ワクチン名
万一副反応が出た場合等に備え、ロットNoを記入する。実施場所、医師名等はゴム印でもよい。
 - 9) 予防接種希望書
7) で医師が接種可能と判断した場合、医師から予防接種に関する十分な説明を受け、その効果や接種後に通常起こり得る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十分に理解した上で、被接種者の接種希望を確認するために、最後に被接種者が署名する。

第9 予防接種不相当者（予防接種を受けることが適当でない者）

被接種者が次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはならない。

- 1 接種当日、明らかな発熱を呈している者。
明らかな発熱とは、通常37.5℃以上を指す。検温は、接種を行う医療機関（施設）で行い、接種前の対象者の健康状態を把握することが必要である。

- 2 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者。
「重篤かつ急性」の疾患に罹患している場合には、病気の進展状況が不明であり、このような状態において予防接種を行ってはならない。「重篤でない急性」の疾患や「急性でない重篤」の疾患に罹患している場合、予防接種による効果が疾患に対する影響を上回ると判断できる者には、予防接種による効果と副反応について十分な説明の上、予診票による同意を得た場合に限り、予防接種を行うことができる。
- 3 当該疾患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明らかな者。
- 4 肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る）に係る予防接種の対象者にあつては、「当該疾病に係る予防接種法第5条第1項の規定による予防接種を受けたことのある者」については定期接種の対象者とならない。
- 5 乾燥弱毒生水痘ワクチンを带状疱疹予防に使用する場合は、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者。
- 6 その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者。
1～5までに掲げる者以外で予防接種を行うことが不適当な状態にある者については、個別に接種医により判断されることとなるが、慎重な対応が必要である。

第10 予防接種要注意者

予防接種要注意者とは、接種の判断を行うに際し、注意を要する者を指すものであり、接種不適当者ではない。

予防接種の判断を行うに際して注意を要する者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得る。予防接種に際して注意を要する者について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談の内容に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処療法等について、あらかじめ決定しておく。

予防接種要注意者は以下のとおり。

- 1 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する者。
- 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 （インフルエンザの場合）間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する者。
- 6 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恐れのある者。
- 7 （新型コロナウイルス感染症の場合）抗凝固療法を受けている者、血小板減少症又は凝固障害を有する者。
- 8 予防接種要注意者のうち、通常の予診方法では明確な接種判断ができないと医師が認めた者については、市立伊丹病院、又は、医師が指定する医療機関での接種を案内するものとする。ただし、当該接種対象者又はその保護者が他の医療機関（主治医等）での接種を希望したときはこの限りでない。
- 9 市外の医療機関での接種を案内した場合、住民登録のある市区町村にて医療機関が所在する市区町村長に対する「予防接種実施依頼書」の交付を受けるよう合わせて案内するものとする。

第11 予防接種実施依頼

- 1 伊丹市に住民登録がある者が、他市区町村に所在する定期予防接種実施医療機関で接種を希望

する場合、被接種者本人（何らかの理由で本人の申請が不可能な際には、本人の意思を確認した親族等）は事前に伊丹市長に「予防接種実施依頼申請書」を提出し、予防接種実施依頼書の交付申請を行う。伊丹市は、申請を受け付け後、すみやかに交付するものとする。

- 1) 近隣市町（尼崎市、西宮市、芦屋市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町（以下「6市1町」という。）で接種を希望する場合は、実施医療機関が所在する市町あての依頼書を交付する。

ただし、季節性インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症の予防接種に限り、阪神7市1町相互乗り入れによる変更契約書により予防接種他市依頼書を省略する。

- 2) 6市1町を除く兵庫県内の市町に所在する広域的予防接種に参入している実施医療機関で接種を希望する場合は、「広域的予防接種についての契約書」に基づき実施する。

- 3) 県外市区町村に所在する実施医療機関、及び県内市町に所在する実施医療機関（広域的予防接種に参入していない）で接種を希望される場合は、実施医療機関が所在する市区町村に確認の上、他市依頼書を提出し、接種を受ける。接種費用が自己負担となった場合は、「伊丹市定期予防接種等費用の償還払に関する要綱」に基づき、償還を行う。

- 2 伊丹市以外に住民登録がある者が伊丹市内の予防接種実施医療機関で接種を希望する場合

- 1) 6市1町に住民登録のある者が接種を希望する場合

当該市町（6市1町）発行の予防接種実施依頼書を持参した場合に限り、接種を受けられるものとする。予防接種実施後は、医師会を通じて「予防接種実施依頼書・報告書」及び予診票の原本（のり付け、穴あけ禁）を併せて伊丹市に報告するものとする。ただし、季節性インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症の予防接種に限り、阪神7市1町相互乗り入れによる変更契約書により予防接種他市依頼書を省略する。

- 2) 県内市町（6市1町を除く）及び県外に住民登録のある者の定期予防接種について

医療機関に判断をゆだねる。伊丹市へ医療機関からの報告は不要である。

- 3) 伊丹市以外に住民登録がある「経済的理由によりその費用を負担することができない者」及び「災害に伴う被災者」の予防接種について

伊丹市以外に住民登録がある者で伊丹市に居住している事実があるDV被害者、生活保護法による生活保護を受給している者、又は中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている者、災害救助法の適用を受けた災害に伴う被災者が、予防接種を希望する場合、原則1)又は2)の対応で行う。ただし、必要な手続きが行えない、住民登録のある市区町村と連絡がとれないなど、1)又は2)の取扱いが困難な場合は、伊丹市が個々の事情に応じた対応を検討することとする。

第12 異なった種類のワクチンを接種する場合の接種間隔

異なった種類のワクチンを接種する場合の接種間隔については、（A類疾病用 第1章第10）（P6）を参照のこと。

また、二種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は、医師が必要と認めた場合に行うことができる。なお、複数のワクチンを混合して、同じ注射器内に入れて接種（混注）してはならない。

第2章 実施医療機関接種

第1 事前の措置

医療機関は、接種に際して、安全について最大限の注意を払うとともに、接種が効率的かつ

円滑に行われるよう努めるものとする。

第2 接種時間等

個別接種は、予防接種時間又は場所を一般外来と分けて行うのが原則であるが、医師が接種対象者に対して感染予防についての十分な配慮を行えば、一般外来と同一の時間又は場所で行っても差し支えないものとする。

また寝たきり等の理由で実施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、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、当該医師による接種を希望する者が生活の根拠を有する自宅や入院施設等において実施しても差し支えない。

第3 予診等

医療機関は予防接種に際し、次により予診を行うこと。

- 1 B類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける法律上の義務がないことから、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認する。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならない。
- 2 予診の際には、予防接種の対象者本人が市から配付された予防接種の説明書により、予防接種の有効性、安全性を理解しているかどうかを質問する。理解していない場合には、あらかじめ説明書を用意しておき、接種前に読んでもらうか、又は医師が説明を行うなどによって、対象者が理解したことを必ず確認する。
- 3 接種に当たっては、マイナ保険証等により被接種者の住所、氏名、生年月日を確認する。（ただし、市外に住民登録のある接種対象者に対しては、B類疾病第1章第11の2（P33参照）のとおりである。）
- 4 予診票を確認し、接種前診察（問診、検温、視診および聴診等）を実施した上で、接種の可否について判断し被接種者に説明を行い、接種を受けるか否かを確認する。
健康被害の大部分は不可避的に生じるものであるため、これによってすべての健康被害の発生を予見できるものではないが、医師としては、予診を尽くし、最大限の努力をして、予防接種を受ける者の体調を確認することが求められる。
- 5 接種後は、予診票にワクチン名、ロット番号、接種医師名等の必要事項を記載し、接種済証を被接種者に渡す。

第4 予防接種後の注意

被接種者に対して、次に掲げる事項を周知する。

- 1 ワクチン接種後24時間は副反応の出現に注意し、観察しておく必要がある。特に、接種直後の30分以内は健康状態の変化に注意する。
- 2 予防接種当日の入浴は差し支えない。
- 3 接種後は、接種部位を清潔に保ち、激しい運動、大量の飲酒は、それ自体で体調の変化を来す恐れがあるので、ワクチン接種後24時間は避けるよう注意する。
- 4 接種後、接種部位の異常反応や体調変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受ける。

第3章 施設接種

第1 事前の措置

嘱託医師は、接種に際して、安全について最大限の注意を払うとともに、接種が効率的かつ円滑に行われるよう努める。

1 実施計画の作成

予防接種の実施計画の作成に当たっては、予診の時間を含めて嘱託医師2名を中心とする1班が1時間に対象とする人員が40名程度となることを目安として計画することが望ましい。なお、嘱託医師1名により予診及び接種を行う場合には、これを標準として対象人員を調節すること。

第2 予診等

嘱託医師は予防接種に際し、次により予診を行うこと。

- 1 B類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける法律上の義務がないことから、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認する。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならない。
- 2 予診の際には、予防接種の対象者本人が市から配付された予防接種の説明書により、予防接種の有効性、安全性を理解しているかどうかを質問する。理解していない場合には、あらかじめ説明書を用意しておき、接種前に読んでもらうか、又は医師が説明を行うなどによって、対象者が理解したことを必ず確認する。
- 3 接種に当たっては、マイナ保険証等により被接種者の住所、氏名、生年月日を確認する。
(ただし、市外に住民登録のある接種対象者に対しては、B類疾病第1章第11の2（P33参照）のとおりである。)
- 4 予診票を確認し、接種前診察（問診、検温、視診および聴診等）を実施した上で、接種の可否について判断し被接種者に説明を行い、接種を受けるか否かを確認する。健康被害の大部分は不可避免的に生じるものであるため、これによってすべての健康被害の発生を予見できるものではないが、医師としては、予診を尽くし、最大限の努力をして、予防接種を受ける者の体調を確認することが求められる。
- 5 接種後は、予診票にワクチン名、ロット番号、接種医師名等の必要事項を記載し、接種済証を被接種者に渡す。

第3 予防接種後の注意

被接種者に対して、次に掲げる事項を周知する。

- 1 ワクチン接種後24時間は副反応の出現に注意し、観察しておく必要がある。特に、接種直後の30分以内は健康状態の変化に注意する。
- 2 予防接種当日の入浴は差し支えない。
- 3 接種後は、接種部位を清潔に保ち、激しい運動、大量の飲酒は、それ自体で体調の変化を来す恐れがあるので、ワクチン接種後24時間は避けるよう注意する。
- 4 接種後、接種部位の異常反応や体調変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受ける。

第4章 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

A類疾病 第3章 同項目（P20参照）

第5章 副反応疑いに対する措置

A類疾病 第4章 同項目（P23参照）

第6章 予防接種による間違い（過誤）時の対応

第7章 予診票の保存

予診票は5年間保存とする。なお、異常な副反応等を呈した者の予診票については、他と区分して厳重に保存するものとする。

第8章 委託料

第1 ワクチン代の負担

この要領で定めるB類疾病の予防接種に使用するワクチンについて、予防接種実施医療機関接種の場合は医療機関、施設接種の場合は当該接種を行う施設が代金を負担するものとする。

第2 委託料

下記予防接種に係る委託料については、別途医師会より、予防接種実施医療機関接種の場合は医療機関へ、施設接種の場合は各施設へ通知するものとする。

- 1 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種（医療機関接種）
- 2 高齢者の帯状疱疹の予防接種（医療機関接種）
- 3 高齢者のインフルエンザ予防接種（医療機関接種、施設接種）
- 4 新型コロナウイルス感染症の予防接種（医療機関接種、施設接種）
- 5 医療機関での未接種（予診のみ）（ただし、健康上の要因による未接種の場合のみ）

（注意）未接種の場合、保険診療との同時請求はできない。また同時接種予定での未接種時、複数請求はできない。

第3 実施報告

予防接種実施医療機関接種の場合は医療機関が、当該月分について、翌月の10日までに、医師会を通じて「予防接種実施報告書」に実施済予診票・未接種予診票（各複写の1枚目）を市に報告するものとする。

施設接種の場合は施設が、実施期間が終了した月の翌月10日までに、医師会を通じて「予防接種実施報告書（施設接種用）」に期間中のすべての実施済予診票（各複写の1枚目）を添えて報告するものとする。

ただし、期日については、市または医師会の指定する期日を確認することとする。

第4 請求

医師会は、当月分について、予防接種実施医療機関接種の場合は翌月10日までに、施設接種の場合は実施期間が終了した月の翌月10日までに、それぞれ委託料を市長に請求するものとする。ただし期日については、市又は医師会の指定する期日を確認することとする。

また6市1町（尼崎市、西宮市、芦屋市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町）の予診票（高齢者の肺炎球菌及び帯状疱疹は他市依頼書の添付要）についても、市民同様に請求を行うことができる。

第5 支払

市長は、委託料の請求のあった月の末日までに、委託料を医師会に支払うものとする。

コッホ現象事例報告書

兵庫県伊丹市

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------|---|---|------------|-------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | (男・女) |
| 住所 | | 保護者氏名 | | | | |
| 接種時期： (または生後 | | 年 | 月 | 日 | BCGワクチンロット | |
| | | (か月) | | | | |
| 局所変化の状況・経過 (初めて気付いた時期： 年 月 日) | | | | | | |
| 結核患者との接触状況 | | | | | | |
| 精密検査※ | ツ反： $\frac{\times}{\times}$ (\times) | | 判定 | | | |
| | IGRA (実施の場合：QFT, T-Spot TB) 結果： | | 非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、その他 () | | | |
| 精密検査※ | 胸部エックス線検査所見 | | 事後措置/転帰 | | | |
| | CT (実施の場合) | | 終了 (異常所見又は症状出現時受診) 経過観察 (か月後) 潜在性結核感染症治療 結核治療 (診断 名) 他医療機関紹介 その他 () | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | |
| 作成者医師 (署名又は記名押印) | | | | | | |

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。このことを理解の上、本報告書が市町村及び都道府県（保健所）に報告されることに同意します。

保護者自署 _____

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 | 歳 月 |
| | 住所 | 都 道 区 市 府 県 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 (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 <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 | |
|----------------------------|---|--|---|---|
| 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 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 |
| | 麻しん 風しん | 1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応 | 4時間 28日 28日 21日 28日 - | |
| | 日本脳炎 | 1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応 | 4時間 28日 28日 7日 28日 - | |
| | 結核 (BCG) | 1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。) 7 その他の反応 | 4時間 1年 2年 3か月 4か月 - - | |
| | Hib感染症 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症 | 1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応 | 4時間 7日 28日 - | |
| | ヒトパピローマウイルス 感染症 | 1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・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 血小板減少性紫斑病 3 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの) 4 その他の反応 | 4時間 28日 - - | |
| | B型肝炎 | 1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・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 - | |

(別紙様式1)

<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の予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合がありますため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合は、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おいて、過去に接種したヒトパピローウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。)についても必要に応じて報告を検討してください。

けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)

また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
FAX番号:0120-176-146(各種ワクチン共通)

(別紙様式1 記入要領)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別

定期接種・臨時接種か、任意接種かの別について、該当する方に印を付けてください。

患者（被接種者）

- ・氏名又はイニシャル

定期接種・臨時接種後に症状を認めた場合にはその患者の氏名を、また、任意接種後に症状を認めた場合にはその患者のイニシャルを記入してください。

- ・性別

患者の性別について、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は記入しないでください。

- ・接種時年齢

患者の予防接種時の年齢を記入してください。0歳児については、月齢まで記入してください。

- ・住所

患者の住所を市町村名まで記入してください。

- ・生年月日

患者の生年月日を記入してください。

報告者

- ・氏名

副反応疑い報告書を作成した者の氏名（法人である場合は法人名）を記入してください。また、報告者と患者との関係について、該当する番号に○印を記入してください。「その他」の場合には、具体的に記入してください。

- ・医療機関名

副反応疑い報告書を作成した者の所属（報告者が法人である場合には、開設。以下同じ。）する医療機関名を記入してください。

- ・電話番号

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の電話番号を記入してください。

- ・住所

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の所在地を記入してください。

接種場所

- ・医療機関名

患者が予防接種を受けた医療機関名を記入してください。接種を受けた場所が、医療機関ではない場合には、その具体的な場所や名称を記入してください。

- ・住所

患者が予防接種を受けた医療機関の所在地を記入してください。

ワクチン

・ワクチンの種類

患者に接種したワクチンの種類を記入してください。

同時接種をしたワクチンがある場合には、①に報告者が最も症状と関係があると考えられるワクチンの種類を、②～④には、その他の同時接種をしたワクチンの種類を記入してください。なお、どのワクチンが症状と関係があるかどうか判断がつかない場合には、①～④に記入するワクチンの種類の順番は問いません。

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

・各ワクチンのロット番号

患者に接種したワクチンのロット番号を記入してください。

・各ワクチンの製造販売業者名

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

・各ワクチンの接種回数

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

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

接種の状況

・接種日

患者が予防接種を受けた日時を記入してください。

・出生体重

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

・接種前の体温

患者の予診時の体温を記入してください。

・家族歴

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

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

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

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

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

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

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

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

（※）の記載例：3回目接種後に報告する場合

1回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

2回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

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

症状の概要

・症状

患者の受けた予防接種が定期接種又は臨時接種だった場合

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

患者の受けた予防接種が任意接種だった場合

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

・発生日時

症状の発生した日時を記入してください。

・本剤との因果関係

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

・他要因（他疾患等）の可能性の有無

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

・概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）：詳細は別表参照

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

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

・製造販売業者への情報提供

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

症状の程度

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

症状の転帰

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

報告者意見

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

報告回数

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

別表 各症状の概要

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

| | | |
|-------------------------|--|-----|
| | <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、倦怠感） <input type="checkbox"/> 局所症状（例；リンパ節での膿瘍、瘻孔の形成） <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査 | |
| 肝機能障害 | <u>疾病概要：</u> 発生機序を問わず、肝機能に異常を来した状態の総称である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；例発熱、倦怠感、黄疸） <input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大） <input type="checkbox"/> 皮膚層状（例；皮疹、掻痒感） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：AST、ALT の変動 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：薬物性肝障害 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf | 28日 |
| 間質性肺炎 | <u>疾病概要：</u> 肺の支持組織の炎症性病変を示す疾患群である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱） <input type="checkbox"/> 呼吸症状（例；咳嗽、呼吸困難） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：白血球数の増加、低酸素血症 <input type="checkbox"/> 培養検査（血液、喀痰） <input type="checkbox"/> 画像検査（単純X線、CT）：びまん性の陰影 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：間質性肺炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf | 28日 |
| 急性散在性 脳脊髄炎（A DEM） | <u>疾病概要：</u> 自己免疫的な機序により、急性に脳・脊髄・視神経を含む中枢神経系に散在性に脱髄と炎症を来す疾患である。 <u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</u> <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、痙攣、小脳失調） <input type="checkbox"/> 脊髄症状（例；対麻痺、病的反射） <input type="checkbox"/> 末梢神経症状（例；脳神経症状） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査；中枢神経系の脱髄巣、細胞浸潤 <input type="checkbox"/> 血液検査；白血球増多、赤沈亢進 <input type="checkbox"/> 髄液検査；リンパ球優位の細胞数増多 <input type="checkbox"/> 画像検査；MRI による散在性の白質病変 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：急性散在性脳脊髄炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf | 28日 |
| 急性汎発性 発疹性膿疱 症 | <u>疾病概要：</u> 高熱とともに急速に全身性に小膿疱を有する浮腫性紅斑やびまん性紅斑が多発する疾患である。通常粘膜疹は伴わない。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；高熱、急速に全身に多発する紅斑 等） <input type="checkbox"/> 局所症状（例；紅斑上に多発する小膿疱 等） <u>代表的な検査所見：</u> | 28日 |

| | | |
|---------------------------|--|----------------------|
| | <input type="checkbox"/> 血液検査：好中球優位の白血球増多と炎症反応（CRP）の上昇等 <input type="checkbox"/> 病理検査：角層下膿疱、表皮内膿疱 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル 急性汎発性発疹性膿疱症 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf | |
| ギラン・バレー症候群 | <u>疾病概要：</u> 感染等に続発して免疫異常を生じることにより起こる末梢神経系の炎症性脱髄性疾患である。 <u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</u> <input type="checkbox"/> 両側性の筋力低下 <input type="checkbox"/> 腱反射の減弱 <input type="checkbox"/> 感覚障害 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：蛋白細胞解離 <input type="checkbox"/> 電気生理検査：末梢神経伝導速度の遅延 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ギラン・バレー症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf | 28日 |
| けいれん | <u>疾病概要：</u> 全身又は一部の筋肉に生じる発作性の不随意運動である。その内容は多様であり、発生機序については不明な点が多い。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 痙攣（全身性、緊張性、間代性、強直間代性、弛緩性） 等 <u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 検温 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 脳波 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：痙攣・てんかん https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf | 7日 （麻しん、風しんは、21日） |
| 血管炎 | <u>疾病概要：</u> 非特異性の炎症性変化で、繊維性肥厚や瘢痕化のために血管の閉塞や拡張性変化を生じ、多彩な病態を呈する疾患である。 <u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、体重減少、全身倦怠感） <input type="checkbox"/> 大・中型血管の臓器症状（例；血圧異常、咬筋跛行、視力障害、急性腹症） <input type="checkbox"/> 小型血管の臓器症状（例；皮疹、多発性単神経炎、糸球体腎炎） 等 <u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 血液検査 等 | 28日 |
| 血管迷走神経反射 （失神を伴うものに限る。） | <u>疾病概要：</u> 自律神経のバランスが崩れ、血圧の低下、徐脈が生じる病態であり、脳血流が低下して失神に至ることがある。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 血圧の低下 等 | 30分 |

| | | |
|-------------------|--|------|
| 血小板減少性紫斑病 | <p><u>疾病概要：</u> 発生機序を問わず、血小板が減少したために皮膚及び粘膜に紫斑を呈した状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：血小板の減少 等</p> | 28日 |
| 脊髄炎 | <p><u>疾病概要：</u> 脊髄の炎症性疾患の総称。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 感覚異常 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 排尿困難 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 等</p> | 28日 |
| 視神経炎 | <p><u>疾病概要：</u> 視神経に起こる炎症により、視機能障害を引き起こす疾患。しばしば多発性硬化症の初発症状となる。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 中心暗点 <input type="checkbox"/> 眼球運動痛 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 視力検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 等</p> | 28日 |
| 髄膜炎（BCGによるものに限る。） | <p><u>疾病概要：</u> 髄膜炎のうち髄液からBCGが検出されるもの。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、頭痛、悪心・嘔吐 等） <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、けいれん、項部硬直などの髄膜刺激症状）</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、BCGの検出 等</p> | - |
| 全身播種性BCG感染症 | <p><u>疾病概要：</u> BCGが全身に播種した状態である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、咳嗽） <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等） 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液） <input type="checkbox"/> 血液検査：炎症所見 <input type="checkbox"/> 画像検査：リンパ節腫大、空洞病変、粟粒陰影 等</p> | 1年 |
| 喘息発作 | <p><u>疾病概要：</u> 種々の刺激に対して気管、気管支の反応性が亢進していることを特徴とする疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 呼吸症状 （例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ） 等</p> | 24時間 |

| | | |
|----------|--|-----|
| | <p><u>代表的な検査所見：</u> 急性期には通常の検査で行うべき項目はなく、治療が優先される。</p> | |
| 多発性硬化症 | <p><u>疾病概要：</u> 中枢神経系の脱髄疾患であり、自己免疫性炎症性機序が関与していると考えられている。時間的・空間的多発性が特徴。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 四肢の麻痺 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 発達・知能指数 <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 誘発電位 <input type="checkbox"/> 髄液検査 <p style="text-align: right;">等</p> | 28日 |
| 腸重積症 | <p><u>疾病概要：</u> 口側腸管が肛門側腸管に引き込まれ、腸管壁が重なり合うことで引き起こされる疾患。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；間欠的な不機嫌、啼泣等） <input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；腹痛、嘔吐、血便等） <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 画像検査：超音波検査における重積した腸管像、腹部X線における腸管ガスの分布異常、注腸造影検査における陰影欠損 <p style="text-align: right;">等</p> | 21日 |
| ネフローゼ症候群 | <p><u>疾病概要：</u> 尿中に多量の血清タンパク成分を喪失する時にみられる共通の病態をいう臨床的概念である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 浮腫 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿 <input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ネフローゼ症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf</p> | 28日 |
| 脳炎・脳症 | <p><u>疾病概要：</u> 急激な脳の機能不全によって生じる症候群であり、一般に脳実質の炎症所見を伴うものを脳炎、伴わないものを脳症と定義する。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 遷延する意識障害 <input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状 <input type="checkbox"/> その他中枢神経症状（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) | <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 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf</p> | 28日 |
| 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 | <p><u>疾病概要:</u> 注射部位を中心として蜂巣炎・蜂巣炎様反応(発赤、腫脹、疼痛、発熱等)があらわれ、壊死や潰瘍に至る症状。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u> <input type="checkbox"/> 局所症状 (例; 病変部の壊死、潰瘍等) 等</p> <p><u>代表的な検査:</u> <input type="checkbox"/> 血液検査 等</p> | 28日 |
| 蜂巣炎(これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。) | <p><u>疾病概要:</u> 皮膚及び皮下組織等に生じる細菌感染症並びにそれに類する症状である。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u> <input type="checkbox"/> 局所症状 (例; 病変部の腫脹、疼痛、発赤等) 等</p> <p><u>代表的な検査所見:</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像: 炎症所見 等</p> | 7日 |
| 末梢神経障害 | <p><u>疾病概要:</u> 末梢神経(運動神経、感覚神経、自律神経)の働きが低下するために起こる障害。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u> <input type="checkbox"/> 運動障害 (例; 筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等)</p> | 28日 |

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

| | | |
|--------|--|-----|
| | <p style="text-align: right;">等 等</p> <input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB <input type="checkbox"/> 心電図検査 <u>参考資料</u> 日本循環器学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本心不全学会 急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン（2009年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf | |
| 心膜炎 | <p><u>疾病概要：</u> 心膜炎は、心臓周囲の膜である心膜に炎症が起こる疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性発症の胸痛） <input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、嘔気/嘔吐/下痢、咳嗽、発汗、浮腫、発熱） | 28日 |
| 熱性けいれん | <p><u>疾病概要：</u> 主に乳幼児期に起こる発熱に伴うけいれんである。中枢神経系感染症などの明らかな原因が認められないもの。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> けいれん、または脱力・一点凝視・眼球上転等の発作症状 等 <p><u>代表的な検査：</u></p> <input type="checkbox"/> 検温 <input type="checkbox"/> 血液検査 等 <p><u>参考資料</u> 日本小児神経学会熱性けいれん診療ガイドライン策定委員会 熱性けいれん診療ガイドライン 2015 https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33 </p> | 7日 |

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 | |

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 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 | | |
| 2. 疾患の経過 | <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日間であって、その後に臨床的安定期を迎えた (報告時点までの内容を元に選択) | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 3. 電気生理学的検査 | <input type="checkbox"/> 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) | | |
| | <input type="checkbox"/> GBSと一致する (該当項目を全て選択) <input type="checkbox"/> 運動神経伝導速度の低下 <input type="checkbox"/> 遠位潜時の延長 <input type="checkbox"/> 異常な時間的分散 <input type="checkbox"/> 伝導ブロック <input type="checkbox"/> M波振幅の低下 <input type="checkbox"/> F波出現頻度の低下 <input type="checkbox"/> F波潜時の延長 <input type="checkbox"/> その他、GBSに合致する所見 | | |
| | <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) | | |
| | 細胞数 ()/ μ L 糖 ()mg/dL 蛋白 ()mg/dL <input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離あり (検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および、50細胞/ μ Lを下回るCSF総白血球数) <input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離なし | | |
| | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 5. 鑑別診断 | 別表に記載されている疾患等の他の疾患に該当しない(別表参照) | | |
| | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 該当疾患名() <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | | | |
| 6. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像) | <input type="checkbox"/> 実施 | 検査日(平成・令和 年 月 日) | |
| | | 該当項目を全て選択 <input type="checkbox"/> 脊髄灰白質病変 <input type="checkbox"/> 馬尾の造影病変 <input type="checkbox"/> その他 部位() 所見() | |
| | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | | | |

| | | |
|------------|---------------------------------|--|
| 7. 自己抗体の検査 | <input type="checkbox"/> 実施 | 検査日(平成・令和 年 月 日) |
| | | 抗GM1抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| | | 抗GQ1b抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| | | <input type="checkbox"/> その他() |
| | <input type="checkbox"/> 未実施 | |
| | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 8. 先行感染の有無 | <input type="checkbox"/> あり | 発症日(平成・令和 年 月 日) 下記症状のうち、いずれか早い日を記載 |
| | | <input type="checkbox"/> 発熱 |
| | | <input type="checkbox"/> 上気道炎 |
| | | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| | <input type="checkbox"/> その他() | |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> 不明 | |

(別 表)

| | |
|---------|--|
| 疾患の部位 | 疾患名 |
| 頭蓋内 | がん性髄膜炎 脳幹脳炎 |
| 脊髄 | 梗塞、脊髄炎、圧迫 |
| 脊髄の前角細胞 | 脊髄灰白質炎(ポリオウイルス、ウエストナイルウイルス、その他のウイルス) |
| 脊髄神経根 | 慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー 馬尾圧迫 |
| 末梢神経 | 高マグネシウム血症や低リン血症などの代謝障害 ダニ麻痺症 ヒ素、金、タリウムなどの重金属毒性 薬物誘発性ニューロパチー(ビンクリスチン、プラチナ化合物、ニトロフラントイン、パクリタキセルなど) ポルフィリン症 重篤疾患ニューロパチー(Critical Illness Neuropathy) 血管炎 ジフテリア |
| 神経筋接合部 | 重症筋無力症 有機リン中毒 ボツリヌス中毒 |
| 筋肉 | 重症疾患ミオパチー(Critical Illness Myopathy) 多発性筋炎 皮膚筋炎 低/高カリウム血症 |

血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票

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

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

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

心筋炎調査票

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

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

※日付は西暦で記載してください。

| | |
|--------------------|---|
| 1. 病理組織学的検査 | <input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 検査の種類 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> 心内膜心筋生検 心筋組織の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※所見がある場合は詳細を記載。 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| 2. 臨床症状/所見 | ※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 下記の臨床症状/所見の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 動悸 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 発汗 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日) <input type="checkbox"/> めまい / 失神 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 倦怠感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 浮腫 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (年 月 日) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> ※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 <input type="checkbox"/> 易刺激性 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 哺乳不良/食欲低下 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 多呼吸 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 活気不良 (年 月 日) ※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) (年 月 日) |
| 3. 検査所見 | 血液検査 トロポニンT 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (ng/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 トロポニンI 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (ng/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (U/L) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK-MB 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (U/L) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CRP 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mg/dL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 高感度CRP 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mg/dL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 ESR(1時間値) 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mm) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 D-ダイマー 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (μg/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 その他の特記すべき検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 (年 月 日) () |

心膜炎調査票

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

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

※日付は西暦で記載してください。

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

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

(別紙様式3)

予防接種後に発生した症状に関する報告書 (保護者報告用)

| | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|-------------|---------|--------------------------|------------|--------|
| 患者 (予防接種を受けた者) | 氏名 | | 性別 | 1 男 2 女 | 接種時 年齢 | 歳 | 月 |
| | 住所 | | | | 生年月日 | T H S R | 年 月 日生 |
| | 保護者氏名 | | | 電話番号 | | | |
| 予防接種を実施した者 (医師名等) | 氏名 | | | | | | |
| | 医療機関名 | | | | 電話番号 | | |
| | 住所 | | | | | | |
| 今回報告する 症状を診断 した医師 (※)接種者と 異なる場合 | 氏名 | 1 主治医 2 その他 () | | | | | |
| | 医療機関名 | | | | 電話番号 | | |
| | 住所 | | | | | | |
| 接種の状況 | 接種日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 分 |
| | 接種した ワクチンの種類 | | | | ワクチンの ロット番号 | | |
| | 同時接種した ワクチン | | | | 同時接種した ワクチンの ロット番号 | | |
| | 1 有 | 予防接種前の問診時での留意点(アレルギー・基礎疾患・発育・最近1カ月以内のワクチン接種や病気等) | | | | | |
| | 2 無 | | | | | | |
| 今回報告する 症状の概要 | 診断名 | | | | | | |
| | 発生時刻 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 午前・午後 | 時 分 |
| | 概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 予 後 | 1 死亡 (剖検所見) | | | | | | |
| | 2 入院 (病院名: 入院日 . . . 退院日 . . .) | | | | | | |
| | 3 後遺症 () | | | | | | |
| | 4 その他 () | | | | | | |
| 回復状況 | 1 回復している | | 2 まだ回復していない | | 3 不明 | | |

伊丹市長 様

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種 に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第3条の第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

| | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|---|------------|
| 被接種者 | 住 所 | 電話番号 () | | |
| | (フリガナ) 氏 名 | (男 ・ 女) | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (満 歳 か月) |
| 疾病名等、特別な事情 の内容 | (疾病分類) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適当要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適当要因が解消された日) 年 月 日 BCGの場合、ツベルクリン反応 (要・不要) 判定 () | | | |
| 今回実施する予防接種 の種類、回数 | | | | |
| 予防接種の種類、今後の 計画、接種回数等 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | 小児用肺炎球菌 | 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加 | | |
| | 五種混合 | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加 | | |
| | BCG | 1回 | | |
| | 麻しん風しん混合 (MR) | 1期・2期 | | |
| | 麻しんまたは風しん単独 | 1期・2期 | | |
| | 水痘 | 1回目・2回目 | | |
| | 日本脳炎 | 1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期 | | |
| | 二種混合 (DT) | 2期 | | |
| | 子宮頸がん予防 (HPV) | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | DPT | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加 | | |
| | 不活化ポリオ (IPV) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加 | | |
| | ヒブ (Hib) | 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加 | | |
| | 高齢者の肺炎球菌感染症 | 1回 | | |
| 高齢者の带状疱疹 | 1回 | | | |
| 医療機関所在地 医療機関名・医師名 | | | | |

この書類は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署

定期予防接種依頼申請書

伊丹市長 様

予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第3条第2項より定期の予防接種の対象者であった者であって、当該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で厚生労働省の定めるものにかかったことその他の厚生労働省令で定める特別の事情があることにより当該特定疾病に係る予防接種法第5条第1項に規定する予防接種を受けることができなかつたため、下記のとおり申請します。

申請者 住 所 伊丹市

電話番号

氏 名 (続柄)

被接種者氏名

生年月日 年 月 日生
年 齢 (満 歳 か月)

住 所 伊丹市

連絡先 () —

保護者氏名 (被接種者との続柄)
(続柄)

接種を希望する予防接種

特別な事情

定期予防接種対象者証

下記の者について、予防接種対象者として認める。

伊丹市長

印

被接種者

氏名

見本

生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)

住所

電話番号

予防接種の種類

理由

有効期限 _____

定期予防接種実施医療機関 御中

市は、定期予防接種対象者証と「長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書」を持参された者は、定期予防接種の対象者と認めます。

なお、接種終了後は、予診票とともにこれらの書類を添付の上、実施報告をお願いいたします。

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部
 予防接種担当課 様

伊丹市長

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種実施報告

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかつた者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施しましたので報告いたします。

| | | | | |
|--------------------|---|------------------------|---|------------|
| 被接種者 | 住 所 | | | |
| | (フリガナ) 氏 名 | (男 ・ 女) | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (満 歳 か月) |
| 疾病名等、特別な事情の内容 | (疾病分類) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適當要因が生じた日) | 年 | 月 | 日 |
| | (予防接種不適當要因が解消された日) | 年 | 月 | 日 |
| 今回実施した予防接種の種類、回数 | | | | |
| 予防接種の種類、今後の計、接種回数等 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | 小児用肺炎球菌 | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 | | |
| | 五種混合 | 初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 | | |
| | B C G | 1回 | | |
| | 麻しん風しん混合(MR) | 1期・2期 | | |
| | 麻しんまたは風しん単独 | 1期・2期 | | |
| | 水痘 | 1回目・2回目 | | |
| | 日本脳炎 | 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 | | |
| | 二種混合(DT) | 2期 | | |
| | 子宮頸がん予防(HPV) | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | D P T | 初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 | | |
| | 不活化ポリオ(IPV) | 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 | | |
| | ヒブ(Hib) | 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 | | |
| | 高齢者の肺炎球菌感染症 | 1回 | | |
| 高齢者の帯状疱疹 | 1回 | | | |

(様式第3)

委任状

代理者 住所 _____

氏名 _____

予防接種を受ける人との関係 _____

私は、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度を理解し、予診票の記載事項についても理解した上で、上記の者を代理人と定め、下記の予防接種の際に同意する権限を委任します。

年 月 日

予防接種を受ける人

| | |
|-----------------|--|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | |
| 希望する 予防接種の種類 | |

保護者自署 _____ 続柄 (_____)

取扱注意

予防接種による間違い（過誤）報告書

報告： 年 月 日

| | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------|-------|-------------------------|------|--|----|--|
| 患者 (被接種者) | イニシャル | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | | 年齢 | |
| | 基礎疾患 | 無・有(内容：) | | | | | | |
| 報告者 (作成者) | 医療機関名 | | 職種 | 1. 医師 2. 看護師 3. その他 () | | | | |
| | 氏名 | (署名または記名押印) | | | | | | |
| 接種日 | 年 月 日 () | | 午前・午後 | | 時頃 | | | |
| 接種したワクチン (種類) | 〔 I期 Ⅱ期 初回 回目 追加 〕 | | | ロット番号 | | | | |
| 1 間違い（過誤）の内容（該当する項目に「✓」をつけ必要事項を記入して下さい。）※複数✓可。 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 接種するワクチンの種類を間違えた（本来接種するワクチン名：) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. 対象者を誤認して接種した ※対象期間外の接種含む | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. 接種間隔の誤り (月 週にて接種する予定を 月 週に接種) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. 接種量の誤り (正規接種量： ml → 不適切接種量： ml) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6. 接種部位・接種方法の誤り (接種部位： 接種方法：) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 7. 接種器具の扱いが適切でなかった (8. を除く) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 8. 既に他で使用した針を使う等、接種器具の適切でない取扱いのうち血液感染を起こしうるもの。 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 9. 期限切れワクチンの使用 (年 月 までの期限) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 10. ワクチン保管の不備 ※凍結、冷蔵されていなかった等 (内容：) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 11. その他、上記のいずれにも該当しない場合 (予防接種不相当者への接種含む) | | | | | | | | |
| 〔) | | | | | | | | |
| 2 どの時点で間違いが発覚したか記入してください | | | | | | | | |
| 何処で： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | |
| () | | | | | | | | |
| 誰が： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 市町担当者 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | |
| () | | | | | | | | |
| どのように(例：カルテ、母子健康手帳、問診票、委託請求書、を見て)： | | | | | | | | |
| () | | | | | | | | |
| 3 健康被害の有無 無・有(具体的な内容と現状：) | | | | | | | | |
| 4 間違いの要因を記入してください | | | | | | | | |
| 〔) | | | | | | | | |
| 5 被接種者又は保護者への説明と対応 | | | | | | | | |
| 〔) | | | | | | | | |
| 6 再接種の有無 無・有 | | | | | | | | |
| 7 抗体検査の有無 無・有(具体的な内容及び結果：) | | | | | | | | |
| 8 血液検査の有無 無・有(具体的な方法及び回数：) | | | | | | | | |
| 9 今後の対応、再発防止策 | | | | | | | | |
| 〔) | | | | | | | | |

この報告書は、予防接種を実施した際に、予防接種間違い(過誤)が発生した場合に、必要事項を記載の上、ただちに貴院を管轄する市町担当窓口及び各郡市区医師会長に提出して下さい。

風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日までの間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

| | | |
|---------------|--------------------|--|
| 住民票に記載されている住所 | 都 道 市 区 町 村 府 県 | |
| 氏 名 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日生（満 歳） | |

見本

| 質問事項 | 回答欄 | 医師記入欄 |
|---|-----------|-------|
| 現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。 | いいえ はい | |
| これまでに風しんにかかったことがありますか。 | はい いいえ | |
| （「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。 | はい いいえ | |
| 風しんの抗体検査を平成26年（2014年）4月1日以降に受けましたか。 | はい いいえ | |
| （「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。 | はい いいえ | |
| 生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。 | はい いいえ | |
| （「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。 | はい いいえ | |
| 予防接種の種類（該当に○）（ 風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン ） | はい いいえ | |

風しんの抗体検査の実施に関する同意書

下記に該当する場合、を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。

私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書（医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。）

この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。（署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。）

年 月 日 被検者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載）

| | |
|-------|--|
| 医師記入欄 | <p>対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は（ あり ・ なし ・ 不明または記録なし ）と確認した。「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の（ 対象 ・ 非対象 ）と判断した。</p> <p>対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（ あり ・ なし ・ 不明または記録なし ）と確認した。「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。</p> <p>1回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日）</p> <p>2回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日）</p> <p>以上の問診の結果、今回の抗体検査は（ 必要 ・ 不要 ）と判断した。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p> |
|-------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|---|----------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表2を参照）</p> <p>検査方法：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">抗体価</td> <td style="width: 50%;">単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ）</td> </tr> </table> | 抗体価 | 単位 | | 倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ） | <p>判定結果（いずれかに○）</p> <p>風しんの第5期の定期接種 対象</p> <p>風しんの第5期の定期接種 非対象</p> | <p>実施場所・医師名・検査年月日</p> <p>実施場所 医療機関等コード</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p>医師名</p> <p>検査年月日 年 月 日 （西暦）</p> | | | | | | | | | | |
| 抗体価 | 単位 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>検査番号（※裏面の付表1を参照）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 5</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">（該当する検査番号の口を黒く（■）塗りつぶしてください）</p> | | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | | | | | | | | | | | |

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

●表2 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

| 検査方法 | 抗体価（単位等） | 測定キット名（製造販売元） |
|-------------------|------------------------|---|
| HI法（赤血球凝集抑制法） | 8倍以下（希釈倍率） | 風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社） |
| | 8倍以下（希釈倍率） | R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社） |
| EIA法（酵素免疫法） | 6.0未満（EIA価） | ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社） |
| | 1.5未満 （国際単位（IU）/ml） | エンザイグノストB風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社） |
| ELFA法（蛍光酵素免疫法） | 2.5未満 （国際単位（IU）/ml） | バイダスアッセイキットRUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社） |
| LTI法（ラテックス免疫比濁法） | 1.5未満 （国際単位（IU）/ml） | ランピアラテックスRUBELLA ランピアラテックスRUBELLA II （極東製薬工業株式会社） |
| CLEIA法（化学発光酵素免疫法） | 2.0未満 （国際単位（IU）/ml） | アクセスルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社） |
| | 1.1未満（抗体価） | i-アッセイCL風疹IgG （株式会社保健科学西日本） |
| FIA法（蛍光免疫測定法） | 1.5未満 （抗体価AI*） | BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社） |
| | 1.5未満 （国際単位（IU）/ml） | BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社） |
| CLIA法（科学発光免疫測定法） | 1.5未満 （国際単位（IU）/ml） | Rubella-Gアボット （アボットジャパン株式会社） |
| ICA法（イムノクロマト法） | IgG 陰性 | バイオライン ルベラ IgG/IgM （アボットダイアグノスティクスメディカル株式会社） |

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位（今後キットの追加の可能性あり）

風しんの第5期の予防接種予診票

| | | | | |
|---------|----|--------|---|----------|
| | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住 所 | | | | |
| 氏 名 | | | | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 (満 歳) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 () | はい | いいえ | |
| 治療（投薬など）を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。() | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい | いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症 状() 予防接種の種類() | ある | ない | |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 () | はい | いいえ | |
| 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい | いいえ | |

| | |
|-------|---|
| 医師記入欄 | <p>被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認した。(した・していない) 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) 本人に対して、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、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p> |
|-------|---|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---------------------------------------|--------|-------------------------------|
| ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認 | 0.5 ml | 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日 |

風しんの第5期の予防接種希望書 (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、予防接種の効果や副反応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・接種を希望しません)

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

伊丹市予防接種実施要領<令和8年度版>

発行

伊丹市

本実施要領は、公益財団法人予防接種リサーチセンター「予防接種ガイドライン」2025年度版、「B類疾病予防接種ガイドライン」2025年度版から、転載、一部改編にて引用しております。なお、著作物の複製及び転載については、公益財団法人予防接種リサーチセンターへ申請し、許諾を受けております。

発行

令和8年3月