

令和8年度 予防接種マニュアル 資料集

(令和8年5月)

大分市保健所 保健予防課 管理担当班

☎097-535-7710

目 次

・ 承諾・取下げに係る届出	・ ・ ・	2
・ 予診票の取扱いについて	・ ・ ・	3
・ 早見表（ロタウイルスワクチン）	・ ・ ・	5
・ 予防接種間違い（過誤）が発生した場合 （安全対策管理報告書）	・ ・ ・	11
・ 健康被害の報告・救済について （副反応疑い報告書）	・ ・ ・	16
・ コッホ現象事例報告書	・ ・ ・	20
・ 長期療養特例措置対象者該当理由書	・ ・ ・	21
・ 骨髄移植後等における予防接種費用助成対象認定 に係る意見書	・ ・ ・	28
・ 定期予防接種（B類疾病）免除対象者の確認方法	・ ・ ・	29
・ 保護者（父・母）以外の方が同伴するときの委任状	・ ・ ・	37

本資料集は、大分市の定期予防接種業務の補足説明資料及び提出書類の様式を掲載しています。

承諾・取下げに係る届出

大分市が住民に実施する予防接種法に定める予防接種及び市自らの行政措置に基づく予防接種の協力について、以下のとおり（承諾・取下げ）します。

記

開始年月日 年 月 日

①以下の記入欄に、承諾する場合は○印、取下げする場合は×印をご記入ください。

※記入欄すべてに○印または×印を全てにご記入ください。変更がない種目もご記入をお願いします。

②以下の「広報」欄に、市が広報してよい場合は○印、してほしくない場合は×印をご記入ください。

※記入欄が×印の場合は、ご記入不要です。

	種目	記入欄	広報
A類	ポリオ		
	5種混合 (DPT-IPV-Hib)		
	4種混合 (DPT-IPV)		
	D T		
	B C G		
	M R (麻しん・風しん)		
	麻しん		
	風しん		
	日本脳炎		
	H P V (子宮頸がん予防)		
	RSウイルス		
	ヒブワクチン		
	小児用肺炎球菌ワクチン		
	水痘		
	B型肝炎ワクチン		
ロタリックス			
ロタテック			
B類	高齢者肺炎球菌ワクチン		
	高齢者インフルエンザワクチン		
	新型コロナワクチン		
	高齢者带状疱疹ワクチン		
任意接種	おたふくかぜワクチン		
	MRワクチン (妊娠を希望する女性)		

年 月 日

大分市長

殿

所在地

医療機関名称

代表者氏名

電話番号

予診票の取扱いについて

記入の際の注意事項

- ・ボールペンで、はっきりと、枠からはみ出さないよう記入してください。
- ・訂正の際は、二重線で取り消して、正しく記入してください。
- ・用紙は機械で読み取りますので、汚さないでください。

① 「ゝ（濁点）」 「゜（半濁点）」は同じ枠に記入してください。

② できるだけ枠からはみ出ないようにしてください。

- ・苗字と名前の間は、1マスあけて記入してください。

よい例) ヤ マ タ ハ ナ コ よい例)

悪い例) ヤ マ タ ゝ ハ ナ コ 悪い例)

③ 予防接種・乳幼児健康診査番号は、記入不要です。（記入不要欄）

④ 生年月日、接種年月日の記入の際は、右詰めで記入してください。

よい例) 生年月日 2 0 2 3 年 1 2 月 3 日生
生年月日 2 0 2 3 年 1 2 月 0 3 日生

悪い例) 生年月日 2 0 2 3 年 1 2 月 3 日生

⑤ 接種年月日、医療機関コードは、医療機関の方が必ず記入してください。

できるだけ手書きで記入してください。

（ゴム印を使用すると、枠からずれたり、太線になりすぎて機械での読み込みができない場合があるため）

よい例) 医療機関コード 4 4 1 2 3 4 5 6 7

悪い例)

医療機関コード 4 4 1 2 3 4 5 6 7

医療機関コード 4 4 1 2 3 4 5 6 7

(例)

●●●●予防接種予診票

- ・ボールペンではっきりと枠からはみださないよう記入してください。
- ・訂正の際は二重線で取り消して正しく記入してください。
- ・この用紙は機械で読み取りますので、汚さないでください。
- ・「」（濁点）」「」（半濁点）は同じ枠に記入してください。
- ・苗字と名前の間は1マスあけて記入してください。

例 01123456789

よい例 1回目 2回目 不可

悪い例 1回目 2回目 不可

医療機関記入欄

1回目 2回目 不可

記入いただいた情報は市民健康管理システムに利用します。

大分市

診察前の体温 度 分

住所 大分市

電話 -

受ける人カナ氏名

受ける人漢字氏名

保護者の漢字氏名

生年月日(西暦) 20 年 月 日

性別 男 女 (満 歳 カ月)

予防接種・乳幼児健康診査番号 記入不要

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について大分市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ	な	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身の回りに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1ヵ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	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、 医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類 ()	あ	な	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる 見合わせた方がよい) と判断します。

保護者に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、
接種することに (同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関名(実施場所)・医師名
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	(経口投与) mL	医療機関名
接種年月日 又は不可時の診察日	20 年 月 日	医師名
医療機関コード	44	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

早見表(ロタウイルスワクチン)

出生日	出生6週0日後 (初回接種開始)	生後14週6日 (初回接種推奨)	生後24週 ロタリックス 2回目接種完了日	生後32週 ロタテック 3回目接種完了日
4月1日(水)	5月13日(水)	7月14日(火)	9月16日(水)	11月11日(水)
4月2日(木)	5月14日(木)	7月15日(水)	9月17日(木)	11月12日(木)
4月3日(金)	5月15日(金)	7月16日(木)	9月18日(金)	11月13日(金)
4月4日(土)	5月16日(土)	7月17日(金)	9月19日(土)	11月14日(土)
4月5日(日)	5月17日(日)	7月18日(土)	9月20日(日)	11月15日(日)
4月6日(月)	5月18日(月)	7月19日(日)	9月21日(月)	11月16日(月)
4月7日(火)	5月19日(火)	7月20日(月)	9月22日(火)	11月17日(火)
4月8日(水)	5月20日(水)	7月21日(火)	9月23日(水)	11月18日(水)
4月9日(木)	5月21日(木)	7月22日(水)	9月24日(木)	11月19日(木)
4月10日(金)	5月22日(金)	7月23日(木)	9月25日(金)	11月20日(金)
4月11日(土)	5月23日(土)	7月24日(金)	9月26日(土)	11月21日(土)
4月12日(日)	5月24日(日)	7月25日(土)	9月27日(日)	11月22日(日)
4月13日(月)	5月25日(月)	7月26日(日)	9月28日(月)	11月23日(月)
4月14日(火)	5月26日(火)	7月27日(月)	9月29日(火)	11月24日(火)
4月15日(水)	5月27日(水)	7月28日(火)	9月30日(水)	11月25日(水)
4月16日(木)	5月28日(木)	7月29日(水)	10月1日(木)	11月26日(木)
4月17日(金)	5月29日(金)	7月30日(木)	10月2日(金)	11月27日(金)
4月18日(土)	5月30日(土)	7月31日(金)	10月3日(土)	11月28日(土)
4月19日(日)	5月31日(日)	8月1日(土)	10月4日(日)	11月29日(日)
4月20日(月)	6月1日(月)	8月2日(日)	10月5日(月)	11月30日(月)
4月21日(火)	6月2日(火)	8月3日(月)	10月6日(火)	12月1日(火)
4月22日(水)	6月3日(水)	8月4日(火)	10月7日(水)	12月2日(水)
4月23日(木)	6月4日(木)	8月5日(水)	10月8日(木)	12月3日(木)
4月24日(金)	6月5日(金)	8月6日(木)	10月9日(金)	12月4日(金)
4月25日(土)	6月6日(土)	8月7日(金)	10月10日(土)	12月5日(土)
4月26日(日)	6月7日(日)	8月8日(土)	10月11日(日)	12月6日(日)
4月27日(月)	6月8日(月)	8月9日(日)	10月12日(月)	12月7日(月)
4月28日(火)	6月9日(火)	8月10日(月)	10月13日(火)	12月8日(火)
4月29日(水)	6月10日(水)	8月11日(火)	10月14日(水)	12月9日(水)
4月30日(木)	6月11日(木)	8月12日(水)	10月15日(木)	12月10日(木)
5月1日(金)	6月12日(金)	8月13日(木)	10月16日(金)	12月11日(金)
5月2日(土)	6月13日(土)	8月14日(金)	10月17日(土)	12月12日(土)
5月3日(日)	6月14日(日)	8月15日(土)	10月18日(日)	12月13日(日)
5月4日(月)	6月15日(月)	8月16日(日)	10月19日(月)	12月14日(月)
5月5日(火)	6月16日(火)	8月17日(月)	10月20日(火)	12月15日(火)
5月6日(水)	6月17日(水)	8月18日(火)	10月21日(水)	12月16日(水)
5月7日(木)	6月18日(木)	8月19日(水)	10月22日(木)	12月17日(木)
5月8日(金)	6月19日(金)	8月20日(木)	10月23日(金)	12月18日(金)
5月9日(土)	6月20日(土)	8月21日(金)	10月24日(土)	12月19日(土)
5月10日(日)	6月21日(日)	8月22日(土)	10月25日(日)	12月20日(日)
5月11日(月)	6月22日(月)	8月23日(日)	10月26日(月)	12月21日(月)
5月12日(火)	6月23日(火)	8月24日(月)	10月27日(火)	12月22日(火)
5月13日(水)	6月24日(水)	8月25日(火)	10月28日(水)	12月23日(水)
5月14日(木)	6月25日(木)	8月26日(水)	10月29日(木)	12月24日(木)
5月15日(金)	6月26日(金)	8月27日(木)	10月30日(金)	12月25日(金)
5月16日(土)	6月27日(土)	8月28日(金)	10月31日(土)	12月26日(土)
5月17日(日)	6月28日(日)	8月29日(土)	11月1日(日)	12月27日(日)
5月18日(月)	6月29日(月)	8月30日(日)	11月2日(月)	12月28日(月)
5月19日(火)	6月30日(火)	8月31日(月)	11月3日(火)	12月29日(火)
5月20日(水)	7月1日(水)	9月1日(火)	11月4日(水)	12月30日(水)
5月21日(木)	7月2日(木)	9月2日(火)	11月5日(木)	12月31日(木)
5月22日(金)	7月3日(金)	9月3日(木)	11月6日(金)	1月1日(金)
5月23日(土)	7月4日(土)	9月4日(金)	11月7日(土)	1月2日(土)
5月24日(日)	7月5日(日)	9月5日(土)	11月8日(日)	1月3日(日)
5月25日(月)	7月6日(月)	9月6日(日)	11月9日(月)	1月4日(月)
5月26日(火)	7月7日(火)	9月7日(月)	11月10日(火)	1月5日(火)
5月27日(水)	7月8日(水)	9月8日(火)	11月11日(水)	1月6日(水)
5月28日(木)	7月9日(木)	9月9日(水)	11月12日(木)	1月7日(木)
5月29日(金)	7月10日(金)	9月10日(木)	11月13日(金)	1月8日(金)
5月30日(土)	7月11日(土)	9月11日(金)	11月14日(土)	1月9日(土)
5月31日(日)	7月12日(日)	9月12日(土)	11月15日(日)	1月10日(日)

早見表(ロタウイルスワクチン)

出生日	出生6週0日後 (初回接種開始)	生後14週6日 (初回接種推奨)	生後24週 ロタリックス 2回目接種完了日	生後32週 ロタテック 3回目接種完了日
6月1日(月)	7月13日(月)	9月13日(日)	11月16日(月)	1月11日(月)
6月2日(火)	7月14日(火)	9月14日(月)	11月17日(火)	1月12日(火)
6月3日(水)	7月15日(水)	9月15日(火)	11月18日(水)	1月13日(水)
6月4日(木)	7月16日(木)	9月16日(水)	11月19日(木)	1月14日(木)
6月5日(金)	7月17日(金)	9月17日(木)	11月20日(金)	1月15日(金)
6月6日(土)	7月18日(土)	9月18日(金)	11月21日(土)	1月16日(土)
6月7日(日)	7月19日(日)	9月19日(土)	11月22日(日)	1月17日(日)
6月8日(月)	7月20日(月)	9月20日(日)	11月23日(月)	1月18日(月)
6月9日(火)	7月21日(火)	9月21日(月)	11月24日(火)	1月19日(火)
6月10日(水)	7月22日(水)	9月22日(火)	11月25日(水)	1月20日(水)
6月11日(木)	7月23日(木)	9月23日(水)	11月26日(木)	1月21日(木)
6月12日(金)	7月24日(金)	9月24日(木)	11月27日(金)	1月22日(金)
6月13日(土)	7月25日(土)	9月25日(金)	11月28日(土)	1月23日(土)
6月14日(日)	7月26日(日)	9月26日(土)	11月29日(日)	1月24日(日)
6月15日(月)	7月27日(月)	9月27日(日)	11月30日(月)	1月25日(月)
6月16日(火)	7月28日(火)	9月28日(月)	12月1日(火)	1月26日(火)
6月17日(水)	7月29日(水)	9月29日(火)	12月2日(水)	1月27日(水)
6月18日(木)	7月30日(木)	9月30日(水)	12月3日(木)	1月28日(木)
6月19日(金)	7月31日(金)	10月1日(木)	12月4日(金)	1月29日(金)
6月20日(土)	8月1日(土)	10月2日(金)	12月5日(土)	1月30日(土)
6月21日(日)	8月2日(日)	10月3日(土)	12月6日(日)	1月31日(日)
6月22日(月)	8月3日(月)	10月4日(日)	12月7日(月)	2月1日(月)
6月23日(火)	8月4日(火)	10月5日(月)	12月8日(火)	2月2日(火)
6月24日(水)	8月5日(水)	10月6日(火)	12月9日(水)	2月3日(水)
6月25日(木)	8月6日(木)	10月7日(水)	12月10日(木)	2月4日(木)
6月26日(金)	8月7日(金)	10月8日(木)	12月11日(金)	2月5日(金)
6月27日(土)	8月8日(土)	10月9日(金)	12月12日(土)	2月6日(土)
6月28日(日)	8月9日(日)	10月10日(土)	12月13日(日)	2月7日(日)
6月29日(月)	8月10日(月)	10月11日(日)	12月14日(月)	2月8日(月)
6月30日(火)	8月11日(火)	10月12日(月)	12月15日(火)	2月9日(火)
7月1日(水)	8月12日(水)	10月13日(火)	12月16日(水)	2月10日(水)
7月2日(木)	8月13日(木)	10月14日(水)	12月17日(木)	2月11日(木)
7月3日(金)	8月14日(金)	10月15日(木)	12月18日(金)	2月12日(金)
7月4日(土)	8月15日(土)	10月16日(金)	12月19日(土)	2月13日(土)
7月5日(日)	8月16日(日)	10月17日(土)	12月20日(日)	2月14日(日)
7月6日(月)	8月17日(月)	10月18日(日)	12月21日(月)	2月15日(月)
7月7日(火)	8月18日(火)	10月19日(月)	12月22日(火)	2月16日(火)
7月8日(水)	8月19日(水)	10月20日(火)	12月23日(水)	2月17日(水)
7月9日(木)	8月20日(木)	10月21日(水)	12月24日(木)	2月18日(木)
7月10日(金)	8月21日(金)	10月22日(木)	12月25日(金)	2月19日(金)
7月11日(土)	8月22日(土)	10月23日(金)	12月26日(土)	2月20日(土)
7月12日(日)	8月23日(日)	10月24日(土)	12月27日(日)	2月21日(日)
7月13日(月)	8月24日(月)	10月25日(日)	12月28日(月)	2月22日(月)
7月14日(火)	8月25日(火)	10月26日(月)	12月29日(火)	2月23日(火)
7月15日(水)	8月26日(水)	10月27日(火)	12月30日(水)	2月24日(水)
7月16日(木)	8月27日(木)	10月28日(水)	12月31日(木)	2月25日(木)
7月17日(金)	8月28日(金)	10月29日(木)	1月1日(金)	2月26日(金)
7月18日(土)	8月29日(土)	10月30日(金)	1月2日(土)	2月27日(土)
7月19日(日)	8月30日(日)	10月31日(土)	1月3日(日)	2月28日(日)
7月20日(月)	8月31日(月)	11月1日(日)	1月4日(月)	3月1日(月)
7月21日(火)	9月1日(火)	11月2日(月)	1月5日(火)	3月2日(火)
7月22日(水)	9月2日(水)	11月3日(火)	1月6日(水)	3月3日(水)
7月23日(木)	9月3日(木)	11月4日(水)	1月7日(木)	3月4日(木)
7月24日(金)	9月4日(金)	11月5日(木)	1月8日(金)	3月5日(金)
7月25日(土)	9月5日(土)	11月6日(金)	1月9日(土)	3月6日(土)
7月26日(日)	9月6日(日)	11月7日(土)	1月10日(日)	3月7日(日)
7月27日(月)	9月7日(月)	11月8日(日)	1月11日(月)	3月8日(月)
7月28日(火)	9月8日(火)	11月9日(月)	1月12日(火)	3月9日(火)
7月29日(水)	9月9日(水)	11月10日(火)	1月13日(水)	3月10日(水)
7月30日(木)	9月10日(木)	11月11日(水)	1月14日(木)	3月11日(木)
7月31日(金)	9月11日(金)	11月12日(木)	1月15日(金)	3月12日(金)

早見表(ロタウイルスワクチン)

出生日	出生6週0日後 (初回接種開始)	生後14週6日 (初回接種推奨)	生後24週 ロタリックス 2回目接種完了日	生後32週 ロタテック 3回目接種完了日
8月1日(土)	9月12日(土)	11月13日(金)	1月16日(土)	3月13日(土)
8月2日(日)	9月13日(日)	11月14日(土)	1月17日(日)	3月14日(日)
8月3日(月)	9月14日(月)	11月15日(日)	1月18日(月)	3月15日(月)
8月4日(火)	9月15日(火)	11月16日(月)	1月19日(火)	3月16日(火)
8月5日(水)	9月16日(水)	11月17日(火)	1月20日(水)	3月17日(水)
8月6日(木)	9月17日(木)	11月18日(水)	1月21日(木)	3月18日(木)
8月7日(金)	9月18日(金)	11月19日(木)	1月22日(金)	3月19日(金)
8月8日(土)	9月19日(土)	11月20日(金)	1月23日(土)	3月20日(土)
8月9日(日)	9月20日(日)	11月21日(土)	1月24日(日)	3月21日(日)
8月10日(月)	9月21日(月)	11月22日(日)	1月25日(月)	3月22日(月)
8月11日(火)	9月22日(火)	11月23日(月)	1月26日(火)	3月23日(火)
8月12日(水)	9月23日(水)	11月24日(火)	1月27日(水)	3月24日(水)
8月13日(木)	9月24日(木)	11月25日(水)	1月28日(木)	3月25日(木)
8月14日(金)	9月25日(金)	11月26日(木)	1月29日(金)	3月26日(金)
8月15日(土)	9月26日(土)	11月27日(金)	1月30日(土)	3月27日(土)
8月16日(日)	9月27日(日)	11月28日(土)	1月31日(日)	3月28日(日)
8月17日(月)	9月28日(月)	11月29日(日)	2月1日(月)	3月29日(月)
8月18日(火)	9月29日(火)	11月30日(月)	2月2日(火)	3月30日(火)
8月19日(水)	9月30日(水)	12月1日(火)	2月3日(水)	3月31日(水)
8月20日(木)	10月1日(木)	12月2日(水)	2月4日(木)	4月1日(木)
8月21日(金)	10月2日(金)	12月3日(木)	2月5日(金)	4月2日(金)
8月22日(土)	10月3日(土)	12月4日(金)	2月6日(土)	4月3日(土)
8月23日(日)	10月4日(日)	12月5日(土)	2月7日(日)	4月4日(日)
8月24日(月)	10月5日(月)	12月6日(日)	2月8日(月)	4月5日(月)
8月25日(火)	10月6日(火)	12月7日(月)	2月9日(火)	4月6日(火)
8月26日(水)	10月7日(水)	12月8日(火)	2月10日(水)	4月7日(水)
8月27日(木)	10月8日(木)	12月9日(水)	2月11日(木)	4月8日(木)
8月28日(金)	10月9日(金)	12月10日(木)	2月12日(金)	4月9日(金)
8月29日(土)	10月10日(土)	12月11日(金)	2月13日(土)	4月10日(土)
8月30日(日)	10月11日(日)	12月12日(土)	2月14日(日)	4月11日(日)
8月31日(月)	10月12日(月)	12月13日(日)	2月15日(月)	4月12日(月)
9月1日(火)	10月13日(火)	12月14日(月)	2月16日(火)	4月13日(火)
9月2日(水)	10月14日(水)	12月15日(火)	2月17日(水)	4月14日(水)
9月3日(木)	10月15日(木)	12月16日(水)	2月18日(木)	4月15日(木)
9月4日(金)	10月16日(金)	12月17日(木)	2月19日(金)	4月16日(金)
9月5日(土)	10月17日(土)	12月18日(金)	2月20日(土)	4月17日(土)
9月6日(日)	10月18日(日)	12月19日(土)	2月21日(日)	4月18日(日)
9月7日(月)	10月19日(月)	12月20日(日)	2月22日(月)	4月19日(月)
9月8日(火)	10月20日(火)	12月21日(月)	2月23日(火)	4月20日(火)
9月9日(水)	10月21日(水)	12月22日(火)	2月24日(水)	4月21日(水)
9月10日(木)	10月22日(木)	12月23日(水)	2月25日(木)	4月22日(木)
9月11日(金)	10月23日(金)	12月24日(木)	2月26日(金)	4月23日(金)
9月12日(土)	10月24日(土)	12月25日(金)	2月27日(土)	4月24日(土)
9月13日(日)	10月25日(日)	12月26日(土)	2月28日(日)	4月25日(日)
9月14日(月)	10月26日(月)	12月27日(日)	3月1日(月)	4月26日(月)
9月15日(火)	10月27日(火)	12月28日(月)	3月2日(火)	4月27日(火)
9月16日(水)	10月28日(水)	12月29日(火)	3月3日(水)	4月28日(水)
9月17日(木)	10月29日(木)	12月30日(水)	3月4日(木)	4月29日(木)
9月18日(金)	10月30日(金)	12月31日(木)	3月5日(金)	4月30日(金)
9月19日(土)	10月31日(土)	1月1日(金)	3月6日(土)	5月1日(土)
9月20日(日)	11月1日(日)	1月2日(土)	3月7日(日)	5月2日(日)
9月21日(月)	11月2日(月)	1月3日(日)	3月8日(月)	5月3日(月)
9月22日(火)	11月3日(火)	1月4日(月)	3月9日(火)	5月4日(火)
9月23日(水)	11月4日(水)	1月5日(火)	3月10日(水)	5月5日(水)
9月24日(木)	11月5日(木)	1月6日(水)	3月11日(木)	5月6日(木)
9月25日(金)	11月6日(金)	1月7日(木)	3月12日(金)	5月7日(金)
9月26日(土)	11月7日(土)	1月8日(金)	3月13日(土)	5月8日(土)
9月27日(日)	11月8日(日)	1月9日(土)	3月14日(日)	5月9日(日)
9月28日(月)	11月9日(月)	1月10日(日)	3月15日(月)	5月10日(月)
9月29日(火)	11月10日(火)	1月11日(月)	3月16日(火)	5月11日(火)
9月30日(水)	11月11日(水)	1月12日(火)	3月17日(水)	5月12日(水)

早見表(ロタウイルスワクチン)

出生日	出生6週0日後 (初回接種開始)	生後14週6日 (初回接種推奨)	生後24週 ロタリックス 2回目接種完了日	生後32週 ロタテック 3回目接種完了日
10月1日(木)	11月12日(木)	1月13日(水)	3月18日(木)	5月13日(木)
10月2日(金)	11月13日(金)	1月14日(木)	3月19日(金)	5月14日(金)
10月3日(土)	11月14日(土)	1月15日(金)	3月20日(土)	5月15日(土)
10月4日(日)	11月15日(日)	1月16日(土)	3月21日(日)	5月16日(日)
10月5日(月)	11月16日(月)	1月17日(日)	3月22日(月)	5月17日(月)
10月6日(火)	11月17日(火)	1月18日(月)	3月23日(火)	5月18日(火)
10月7日(水)	11月18日(水)	1月19日(火)	3月24日(水)	5月19日(水)
10月8日(木)	11月19日(木)	1月20日(水)	3月25日(木)	5月20日(木)
10月9日(金)	11月20日(金)	1月21日(木)	3月26日(金)	5月21日(金)
10月10日(土)	11月21日(土)	1月22日(金)	3月27日(土)	5月22日(土)
10月11日(日)	11月22日(日)	1月23日(土)	3月28日(日)	5月23日(日)
10月12日(月)	11月23日(月)	1月24日(日)	3月29日(月)	5月24日(月)
10月13日(火)	11月24日(火)	1月25日(月)	3月30日(火)	5月25日(火)
10月14日(水)	11月25日(水)	1月26日(火)	3月31日(水)	5月26日(水)
10月15日(木)	11月26日(木)	1月27日(水)	4月1日(木)	5月27日(木)
10月16日(金)	11月27日(金)	1月28日(木)	4月2日(金)	5月28日(金)
10月17日(土)	11月28日(土)	1月29日(金)	4月3日(土)	5月29日(土)
10月18日(日)	11月29日(日)	1月30日(土)	4月4日(日)	5月30日(日)
10月19日(月)	11月30日(月)	1月31日(日)	4月5日(月)	5月31日(月)
10月20日(火)	12月1日(火)	2月1日(月)	4月6日(火)	6月1日(火)
10月21日(水)	12月2日(水)	2月2日(火)	4月7日(水)	6月2日(水)
10月22日(木)	12月3日(木)	2月3日(水)	4月8日(木)	6月3日(木)
10月23日(金)	12月4日(金)	2月4日(木)	4月9日(金)	6月4日(金)
10月24日(土)	12月5日(土)	2月5日(金)	4月10日(土)	6月5日(土)
10月25日(日)	12月6日(日)	2月6日(土)	4月11日(日)	6月6日(日)
10月26日(月)	12月7日(月)	2月7日(日)	4月12日(月)	6月7日(月)
10月27日(火)	12月8日(火)	2月8日(月)	4月13日(火)	6月8日(火)
10月28日(水)	12月9日(水)	2月9日(火)	4月14日(水)	6月9日(水)
10月29日(木)	12月10日(木)	2月10日(水)	4月15日(木)	6月10日(木)
10月30日(金)	12月11日(金)	2月11日(木)	4月16日(金)	6月11日(金)
10月31日(土)	12月12日(土)	2月12日(金)	4月17日(土)	6月12日(土)
11月1日(日)	12月13日(日)	2月13日(土)	4月18日(日)	6月13日(日)
11月2日(月)	12月14日(月)	2月14日(日)	4月19日(月)	6月14日(月)
11月3日(火)	12月15日(火)	2月15日(月)	4月20日(火)	6月15日(火)
11月4日(水)	12月16日(水)	2月16日(火)	4月21日(水)	6月16日(水)
11月5日(木)	12月17日(木)	2月17日(水)	4月22日(木)	6月17日(木)
11月6日(金)	12月18日(金)	2月18日(木)	4月23日(金)	6月18日(金)
11月7日(土)	12月19日(土)	2月19日(金)	4月24日(土)	6月19日(土)
11月8日(日)	12月20日(日)	2月20日(土)	4月25日(日)	6月20日(日)
11月9日(月)	12月21日(月)	2月21日(日)	4月26日(月)	6月21日(月)
11月10日(火)	12月22日(火)	2月22日(月)	4月27日(火)	6月22日(火)
11月11日(水)	12月23日(水)	2月23日(火)	4月28日(水)	6月23日(水)
11月12日(木)	12月24日(木)	2月24日(水)	4月29日(木)	6月24日(木)
11月13日(金)	12月25日(金)	2月25日(木)	4月30日(金)	6月25日(金)
11月14日(土)	12月26日(土)	2月26日(金)	5月1日(土)	6月26日(土)
11月15日(日)	12月27日(日)	2月27日(土)	5月2日(日)	6月27日(日)
11月16日(月)	12月28日(月)	2月28日(日)	5月3日(月)	6月28日(月)
11月17日(火)	12月29日(火)	3月1日(月)	5月4日(火)	6月29日(火)
11月18日(水)	12月30日(水)	3月2日(火)	5月5日(水)	6月30日(水)
11月19日(木)	12月31日(木)	3月3日(水)	5月6日(木)	7月1日(木)
11月20日(金)	1月1日(金)	3月4日(木)	5月7日(金)	7月2日(金)
11月21日(土)	1月2日(土)	3月5日(金)	5月8日(土)	7月3日(土)
11月22日(日)	1月3日(日)	3月6日(土)	5月9日(日)	7月4日(日)
11月23日(月)	1月4日(月)	3月7日(日)	5月10日(月)	7月5日(月)
11月24日(火)	1月5日(火)	3月8日(月)	5月11日(火)	7月6日(火)
11月25日(水)	1月6日(水)	3月9日(火)	5月12日(水)	7月7日(水)
11月26日(木)	1月7日(木)	3月10日(水)	5月13日(木)	7月8日(木)
11月27日(金)	1月8日(金)	3月11日(木)	5月14日(金)	7月9日(金)
11月28日(土)	1月9日(土)	3月12日(金)	5月15日(土)	7月10日(土)
11月29日(日)	1月10日(日)	3月13日(土)	5月16日(日)	7月11日(日)
11月30日(月)	1月11日(月)	3月14日(日)	5月17日(月)	7月12日(月)

早見表(ロタウイルスワクチン)

出生日	出生6週0日後 (初回接種開始)	生後14週6日 (初回接種推奨)	生後24週 ロタリックス 2回目接種完了日	生後32週 ロタテック 3回目接種完了日
12月1日(火)	1月12日(火)	3月15日(月)	5月18日(火)	7月13日(火)
12月2日(水)	1月13日(水)	3月16日(火)	5月19日(水)	7月14日(水)
12月3日(木)	1月14日(木)	3月17日(水)	5月20日(木)	7月15日(木)
12月4日(金)	1月15日(金)	3月18日(木)	5月21日(金)	7月16日(金)
12月5日(土)	1月16日(土)	3月19日(金)	5月22日(土)	7月17日(土)
12月6日(日)	1月17日(日)	3月20日(土)	5月23日(日)	7月18日(日)
12月7日(月)	1月18日(月)	3月21日(日)	5月24日(月)	7月19日(月)
12月8日(火)	1月19日(火)	3月22日(月)	5月25日(火)	7月20日(火)
12月9日(水)	1月20日(水)	3月23日(火)	5月26日(水)	7月21日(水)
12月10日(木)	1月21日(木)	3月24日(水)	5月27日(木)	7月22日(木)
12月11日(金)	1月22日(金)	3月25日(木)	5月28日(金)	7月23日(金)
12月12日(土)	1月23日(土)	3月26日(金)	5月29日(土)	7月24日(土)
12月13日(日)	1月24日(日)	3月27日(土)	5月30日(日)	7月25日(日)
12月14日(月)	1月25日(月)	3月28日(日)	5月31日(月)	7月26日(月)
12月15日(火)	1月26日(火)	3月29日(月)	6月1日(火)	7月27日(火)
12月16日(水)	1月27日(水)	3月30日(火)	6月2日(水)	7月28日(水)
12月17日(木)	1月28日(木)	3月31日(水)	6月3日(木)	7月29日(木)
12月18日(金)	1月29日(金)	4月1日(木)	6月4日(金)	7月30日(金)
12月19日(土)	1月30日(土)	4月2日(金)	6月5日(土)	7月31日(土)
12月20日(日)	1月31日(日)	4月3日(土)	6月6日(日)	8月1日(日)
12月21日(月)	2月1日(月)	4月4日(日)	6月7日(月)	8月2日(月)
12月22日(火)	2月2日(火)	4月5日(月)	6月8日(火)	8月3日(火)
12月23日(水)	2月3日(水)	4月6日(火)	6月9日(水)	8月4日(水)
12月24日(木)	2月4日(木)	4月7日(水)	6月10日(木)	8月5日(木)
12月25日(金)	2月5日(金)	4月8日(木)	6月11日(金)	8月6日(金)
12月26日(土)	2月6日(土)	4月9日(金)	6月12日(土)	8月7日(土)
12月27日(日)	2月7日(日)	4月10日(土)	6月13日(日)	8月8日(日)
12月28日(月)	2月8日(月)	4月11日(日)	6月14日(月)	8月9日(月)
12月29日(火)	2月9日(火)	4月12日(月)	6月15日(火)	8月10日(火)
12月30日(水)	2月10日(水)	4月13日(火)	6月16日(水)	8月11日(水)
12月31日(木)	2月11日(木)	4月14日(水)	6月17日(木)	8月12日(木)
1月1日(金)	2月12日(金)	4月15日(木)	6月18日(金)	8月13日(金)
1月2日(土)	2月13日(土)	4月16日(金)	6月19日(土)	8月14日(土)
1月3日(日)	2月14日(日)	4月17日(土)	6月20日(日)	8月15日(日)
1月4日(月)	2月15日(月)	4月18日(日)	6月21日(月)	8月16日(月)
1月5日(火)	2月16日(火)	4月19日(月)	6月22日(火)	8月17日(火)
1月6日(水)	2月17日(水)	4月20日(火)	6月23日(水)	8月18日(水)
1月7日(木)	2月18日(木)	4月21日(水)	6月24日(木)	8月19日(木)
1月8日(金)	2月19日(金)	4月22日(木)	6月25日(金)	8月20日(金)
1月9日(土)	2月20日(土)	4月23日(金)	6月26日(土)	8月21日(土)
1月10日(日)	2月21日(日)	4月24日(土)	6月27日(日)	8月22日(日)
1月11日(月)	2月22日(月)	4月25日(日)	6月28日(月)	8月23日(月)
1月12日(火)	2月23日(火)	4月26日(月)	6月29日(火)	8月24日(火)
1月13日(水)	2月24日(水)	4月27日(火)	6月30日(水)	8月25日(水)
1月14日(木)	2月25日(木)	4月28日(水)	7月1日(木)	8月26日(木)
1月15日(金)	2月26日(金)	4月29日(木)	7月2日(金)	8月27日(金)
1月16日(土)	2月27日(土)	4月30日(金)	7月3日(土)	8月28日(土)
1月17日(日)	2月28日(日)	5月1日(土)	7月4日(日)	8月29日(日)
1月18日(月)	3月1日(月)	5月2日(日)	7月5日(月)	8月30日(月)
1月19日(火)	3月2日(火)	5月3日(月)	7月6日(火)	8月31日(火)
1月20日(水)	3月3日(水)	5月4日(火)	7月7日(水)	9月1日(水)
1月21日(木)	3月4日(木)	5月5日(水)	7月8日(木)	9月2日(木)
1月22日(金)	3月5日(金)	5月6日(木)	7月9日(金)	9月3日(金)
1月23日(土)	3月6日(土)	5月7日(金)	7月10日(土)	9月4日(土)
1月24日(日)	3月7日(日)	5月8日(土)	7月11日(日)	9月5日(日)
1月25日(月)	3月8日(月)	5月9日(日)	7月12日(月)	9月6日(月)
1月26日(火)	3月9日(火)	5月10日(月)	7月13日(火)	9月7日(火)
1月27日(水)	3月10日(水)	5月11日(火)	7月14日(水)	9月8日(水)
1月28日(木)	3月11日(木)	5月12日(水)	7月15日(木)	9月9日(木)
1月29日(金)	3月12日(金)	5月13日(木)	7月16日(金)	9月10日(金)
1月30日(土)	3月13日(土)	5月14日(金)	7月17日(土)	9月11日(土)
1月31日(日)	3月14日(日)	5月15日(土)	7月18日(日)	9月12日(日)

早見表(ロタウイルスワクチン)

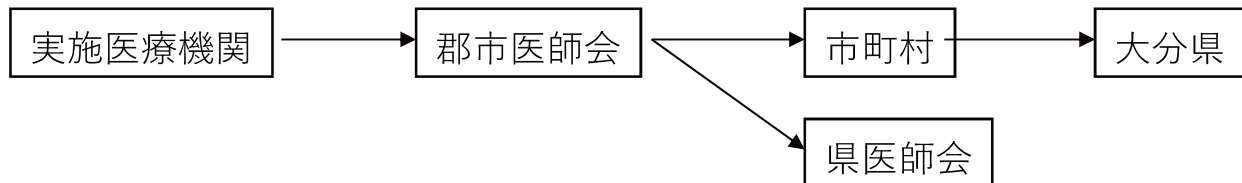
出生日	出生6週0日後 (初回接種開始)	生後14週6日 (初回接種推奨)	生後24週 ロタリックス 2回目接種完了日	生後32週 ロタテック 3回目接種完了日
2月1日(月)	3月15日(月)	5月16日(日)	7月19日(月)	9月13日(月)
2月2日(火)	3月16日(火)	5月17日(月)	7月20日(火)	9月14日(火)
2月3日(水)	3月17日(水)	5月18日(火)	7月21日(水)	9月15日(水)
2月4日(木)	3月18日(木)	5月19日(水)	7月22日(木)	9月16日(木)
2月5日(金)	3月19日(金)	5月20日(木)	7月23日(金)	9月17日(金)
2月6日(土)	3月20日(土)	5月21日(金)	7月24日(土)	9月18日(土)
2月7日(日)	3月21日(日)	5月22日(土)	7月25日(日)	9月19日(日)
2月8日(月)	3月22日(月)	5月23日(日)	7月26日(月)	9月20日(月)
2月9日(火)	3月23日(火)	5月24日(月)	7月27日(火)	9月21日(火)
2月10日(水)	3月24日(水)	5月25日(火)	7月28日(水)	9月22日(水)
2月11日(木)	3月25日(木)	5月26日(水)	7月29日(木)	9月23日(木)
2月12日(金)	3月26日(金)	5月27日(木)	7月30日(金)	9月24日(金)
2月13日(土)	3月27日(土)	5月28日(金)	7月31日(土)	9月25日(土)
2月14日(日)	3月28日(日)	5月29日(土)	8月1日(日)	9月26日(日)
2月15日(月)	3月29日(月)	5月30日(日)	8月2日(月)	9月27日(月)
2月16日(火)	3月30日(火)	5月31日(月)	8月3日(火)	9月28日(火)
2月17日(水)	3月31日(水)	6月1日(火)	8月4日(水)	9月29日(水)
2月18日(木)	4月1日(木)	6月2日(水)	8月5日(木)	9月30日(木)
2月19日(金)	4月2日(金)	6月3日(木)	8月6日(金)	10月1日(金)
2月20日(土)	4月3日(土)	6月4日(金)	8月7日(土)	10月2日(土)
2月21日(日)	4月4日(日)	6月5日(土)	8月8日(日)	10月3日(日)
2月22日(月)	4月5日(月)	6月6日(日)	8月9日(月)	10月4日(月)
2月23日(火)	4月6日(火)	6月7日(月)	8月10日(火)	10月5日(火)
2月24日(水)	4月7日(水)	6月8日(火)	8月11日(水)	10月6日(水)
2月25日(木)	4月8日(木)	6月9日(水)	8月12日(木)	10月7日(木)
2月26日(金)	4月9日(金)	6月10日(木)	8月13日(金)	10月8日(金)
2月27日(土)	4月10日(土)	6月11日(金)	8月14日(土)	10月9日(土)
2月28日(日)	4月11日(日)	6月12日(土)	8月15日(日)	10月10日(日)
3月1日(月)	4月12日(月)	6月13日(日)	8月16日(月)	10月11日(月)
3月2日(火)	4月13日(火)	6月14日(月)	8月17日(火)	10月12日(火)
3月3日(水)	4月14日(水)	6月15日(火)	8月18日(水)	10月13日(水)
3月4日(木)	4月15日(木)	6月16日(水)	8月19日(木)	10月14日(木)
3月5日(金)	4月16日(金)	6月17日(木)	8月20日(金)	10月15日(金)
3月6日(土)	4月17日(土)	6月18日(金)	8月21日(土)	10月16日(土)
3月7日(日)	4月18日(日)	6月19日(土)	8月22日(日)	10月17日(日)
3月8日(月)	4月19日(月)	6月20日(日)	8月23日(月)	10月18日(月)
3月9日(火)	4月20日(火)	6月21日(月)	8月24日(火)	10月19日(火)
3月10日(水)	4月21日(水)	6月22日(火)	8月25日(水)	10月20日(水)
3月11日(木)	4月22日(木)	6月23日(水)	8月26日(木)	10月21日(木)
3月12日(金)	4月23日(金)	6月24日(木)	8月27日(金)	10月22日(金)
3月13日(土)	4月24日(土)	6月25日(金)	8月28日(土)	10月23日(土)
3月14日(日)	4月25日(日)	6月26日(土)	8月29日(日)	10月24日(日)
3月15日(月)	4月26日(月)	6月27日(日)	8月30日(月)	10月25日(月)
3月16日(火)	4月27日(火)	6月28日(月)	8月31日(火)	10月26日(火)
3月17日(水)	4月28日(水)	6月29日(火)	9月1日(水)	10月27日(水)
3月18日(木)	4月29日(木)	6月30日(水)	9月2日(木)	10月28日(木)
3月19日(金)	4月30日(金)	7月1日(木)	9月3日(金)	10月29日(金)
3月20日(土)	5月1日(土)	7月2日(金)	9月4日(土)	10月30日(土)
3月21日(日)	5月2日(日)	7月3日(土)	9月5日(日)	10月31日(日)
3月22日(月)	5月3日(月)	7月4日(日)	9月6日(月)	11月1日(月)
3月23日(火)	5月4日(火)	7月5日(月)	9月7日(火)	11月2日(火)
3月24日(水)	5月5日(水)	7月6日(火)	9月8日(水)	11月3日(水)
3月25日(木)	5月6日(木)	7月7日(水)	9月9日(木)	11月4日(木)
3月26日(金)	5月7日(金)	7月8日(木)	9月10日(金)	11月5日(金)
3月27日(土)	5月8日(土)	7月9日(金)	9月11日(土)	11月6日(土)
3月28日(日)	5月9日(日)	7月10日(土)	9月12日(日)	11月7日(日)
3月29日(月)	5月10日(月)	7月11日(日)	9月13日(月)	11月8日(月)
3月30日(火)	5月11日(火)	7月12日(月)	9月14日(火)	11月9日(火)
3月31日(水)	5月12日(水)	7月13日(火)	9月15日(水)	11月10日(水)

予防接種間違い(過誤)が発生した場合

予防接種過誤が発生した場合は、被接種者への対応を適切に行う必要があります、そのためには関係機関が連携して対応することが大切です。

また、予防接種過誤の実態の集計、分析・評価や、注意喚起等を実施し、間違いの再発防止に努め、県内における予防接種の安全性の向上を図るため、発覚後は速やかに「**予防接種安全対策管理報告書**」を提出してください。

◎報告のながれ



- ・ 実施医療機関は、予防接種安全対策管理報告書を作成し、郡市医師会長あて報告する
(緊急を要する場合は市町村長にも報告すること)
- ・ 郡市医師会は、被接種者が居住する市町村長及び県医師会長あて報告書の写しを提出する
(予診票確認の際に過誤を確認した場合は、実施医療機関に報告書の提出を求めること)
- ・ 市町村長は、県健康政策・感染症対策課長あて報告書の写しを提出する
(予診票確認の際に過誤を確認した場合は、実施医療機関に報告書の提出を求めること)

2 詳細について記載ください。

予防接種の間違いの 具体的な内容	「間違い」が起きた日	
	重大事故としての報告の有無	有・無
	間違いの内容 (具体的な内容、間違いの人数)	内容：
		人数：
	間違いがどの時点で発覚したか。	
被接種者（保護者）への説明内容		
予防接種の間違いへの 対応	発生した要因と再発防止策	
	再接種の有無	有・無
	抗体検査の有無	有・無
	具体的な内容及び結果	
	血液検査の有無	有・無
	具体的な方法及び回数	
	備考	
健康被害の状況	健康被害の有無	有・無
	具体的な内容と現状	

【記載要領】

- 「ワクチンの種類」には、（本来）接種すべきワクチンを記載すること。
- 「間違いの内容」については、具体例について簡潔に記載し、人数については「間違い」の起きた可能性のある人数について記載すること、例えば、期限切れのワクチンを集団接種で30人に接種した場合は、人数は「30」となる。
- 「間違いがどの時点で発覚したか」については、いつ、だれが、どうしてそれが発覚したのかが分かるように記載すること。
- 「被接種者（保護者）への説明内容」については、説明内容を簡潔に記載し、被接種者（保護者）の納得の有無についても記載すること。
- 「発生した要因と再発防止策」については、市、医療機関においてそれぞれどのようなことが出来るのか検討し、記載すること。
- 「健康被害の有無」について「有」とした場合、「具体的な内容と現状」に健康被害の具体的な内容と、報告時点での現状について記載すること。
- 「再接種の有無」について、（本来）接種すべきワクチン（「ワクチン」に記載したワクチン）を再接種した場合に「有」とすること。
- 「抗体検査の有無」について「有」とした場合、「具体的な方法」について記載すること。
- 「血液検査の有無」について「有」とした場合、「具体的な方法」について記載すること。

予防接種安全対策管理報告書報告基準

1 接種するワクチンの種類を取り違い（予定外のワクチン接種）
（例）MR ワクチンを接種するところ水痘ワクチンを誤って接種した。
2 対象者を誤認して接種
（例）A 児に接種するワクチンを別の予防接種を受ける予定だった B 児に接種した。
3 不必要なワクチン接種
（例）ヒブワクチンの初回免疫の回数を 1 回多く接種した。
4 接種間隔を間違えて接種
（例）DPT ワクチンの初回免疫を 7 日間隔で接種した。 ※医学的要因や被接種者側に原因がある場合を除く。
5 接種量の誤り
（例）1 歳の児にインフルエンザワクチンを 0.5mL 接種した。 1 歳の児に B 型肝炎ワクチンを 0.5mL 接種した。
6 接種部位・接種方法の誤り
（例）BCG 接種で 2 回押すべきところを 1 回しか押さなかった。 筋肉内接種すべきワクチンを皮下接種した。
7 接種器具の取扱いが不適切な場合（血液暴露等除く）
（例）皮下注射に 18 ゲージの針を使用した。
8 既に他の対象者に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
（例）A 児に使用した注射針を、B 時に再使用した。
9 期限の切れたワクチンを使用
（例）期限の切れたインフルエンザワクチンを誤って接種した。
10 ワクチン保管の不備
（例）適切な保管条件下で保管されていなかったため、沈殿物が生じていた。
11 その他（予防接種不相当者への接種等）
（例）MR ワクチンを妊婦に接種した。

別表

(予防接種安全対策管理報告書記載要領)

注1 予防接種事故が発生した事例については、上記1～10の中から該当する項目を選択してください。（被接種者へ接種が実施されている場合はこちらに記入していただきますが、10の「ワクチン保管の不備」については、接種が実施されたか否かについては問わない。）

注2 上記1～10に該当がない場合においても、下記の趣旨に合致すると判断したものは報告をお願いします。なお、報告する際は、「11 その他」を選択して内容を記入してください。

- ① 1～10の基準に該当しないが、接種者側に何らかの過失があったと考えられる事例。
- ② 他医療機関においても同様の事例が起こる発生する可能性があると考えられる事例。

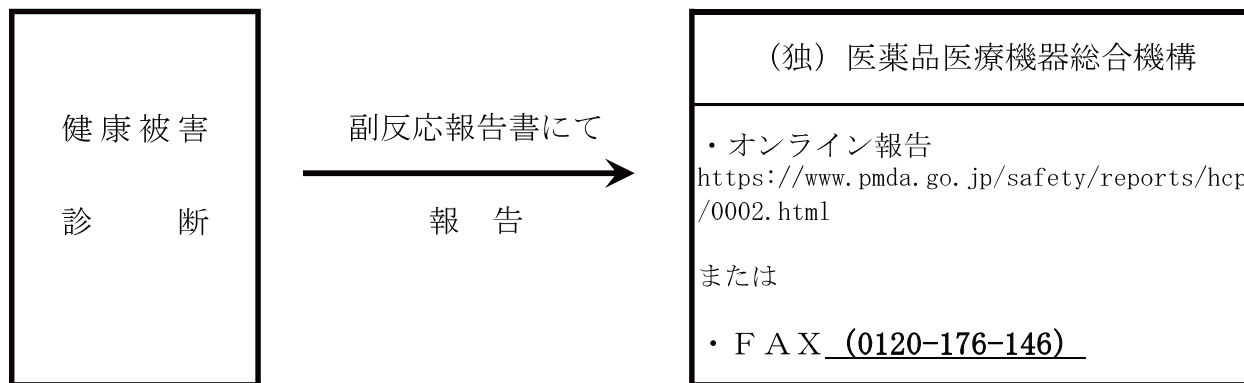
健康被害の報告・救済について

★報告基準[※]に該当する者については、予防接種後副反応疑い報告書[※]に詳細を記入し、

(独)医薬品医療機器総合機構へ報告 (※次頁以降の「別紙様式1」参照)

報告方法は、オンラインでの報告又はFAXでの報告のいずれかとなります。

注) 定期接種だけでなく、任意の予防接種による健康被害についても、医薬品医療機器等法に基づき、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、薬剤師その他医薬関係者が、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認める場合は、同様に報告しなければならないとされています。



◎大分市が実施する予防接種に起因すると思われる健康被害の救済

→実施者である大分市長が行う

大分市が実施する予防接種の副反応により、治療が必要になったり、生活に支障をきたすような障害を残すなど、健康被害が生じた場合には、国の健康被害救済制度の対象となります。

申請は請求者が行いますが、必要な申請書類として「受診証明書」、「診療記録等」を求められた場合は、作成をして請求者に渡してください。

※受診証明書は、請求者が当該医療機関を受診したことを証する書類であり、当該医療機関が健康被害と予防接種との因果関係を証明するものではありません。

◎任意の予防接種に起因すると思われる健康被害の救済

(大分市が実施する予防接種以外) ※県外で接種する場合は、予防接種依頼書があれば定期接種扱いとなります。

→「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による医薬品副作用被害救済制度の対象

書類の提出先は

(独) 医薬品医療機器総合機構 健康被害救済部 給付課

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

TEL 0120-149-931

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 (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)		性別	1 男 2 女
	住所	都道府県	区市町村	生年月日	接種時年齢 T H S R 年 月 日生
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()			
	医療機関名			電話番号	
	住所				
接種場所	医療機関名				
	住所				
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)	ロット番号	製造販売業者名	接種回数	
	①			① 第 期(回目)	
	②			② 第 期(回目)	
	③			③ 第 期(回目)	
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出生体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)	
	接種前の体温	度 分	家族歴		
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)				
症状の概要	1 有	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)			
	2 無				
	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)			
	2 重くない	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			
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
	麻疹 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 高齢者の肺炎球菌	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・バレ症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射(失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘 帯状疱疹	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレ症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) 5 その他の反応	4時間 28日 28日 — —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレ症候群 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 —	
	RSウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 その他の反応	4時間 —	
	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 —	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

<注意事項>

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
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. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - ・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、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るため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である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於て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於て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. RSウイルス母子免疫ワクチンについては、接種を受けた妊婦に発現した症状のみならず、胎児又は出生した児において発現した副反応が疑われる症状についても、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であつて、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの」に該当する場合は、副反応疑い報告の対象となります。
 - 胎児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合、別紙様式1の「患者(被接種者)」欄には、母親の情報を記載してください。
 - 出生した児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合、別紙様式1の「患者(被接種者)」欄には、出生した児の情報を記載してください。その場合、「接種場所」欄、「ワクチン」欄、「接種の状況」欄には、母親に対して行われた予防接種の情報を記載するとともに、「接種の状況」欄(予診票での留意点)に、予防接種を受けた母親の氏名又はイニシャル、性別、接種時年齢、住所、生年月日を記載してください。
 - 母親と出生した児の両者に副反応が疑われる症状が生じ、それらについて報告する場合、母親と出生した児で別々に副反応疑い報告を行ってください。その場合、母子それぞれの報告において、「症状の概要」欄に、「母体/児において○○が発生しており、○年○月○日付けで、別途副反応疑い報告を提出している。」旨記載してください。
17. 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>
18. 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)
19. 予防接種法に基づく予防接種(定期接種又は臨時接種)を受けた方に健康被害が生じた場合、予防接種健康被害救済制度により、医療費・障害年金等の給付を受けられる場合があります。また、任意の予防接種により健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度又は生物由来製品感染等被害救済制度の対象となる場合があります。予防接種による副反応が疑われる症状を呈した患者が、これらの制度の対象になると考えられる場合は、当該患者又はその保護者にこれらの制度を紹介して下さい。
予防接種健康被害救済制度:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaiyusai.html
医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度:<https://www.pmda.go.jp/relief-services/index.html>

コッホ現象事例報告書

大分県

大分市保健所

氏名	生年月日	年	月	日	(男・女)
住所	保護者氏名				
接種年月日	年	月	日	BCGワクチンロット	
(または生後_____カ月)					
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: _____	×	判定		
	IGRA(実施の場合: QFT, T-Spot TB)	×	非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留		
	結果:	(_____)	その他(_____)		
	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(異常所見または症状出現時受診)			
		経過観察(_____ カ月後)			
		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、本報告書が大分市及び大分県に報告されることに同意します。

保護者自署

大分市長 殿

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 ヶ月)
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	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加	
	B C G		
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加	
	三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加	
	二種混合 (DT)	2 期	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) ・ 1 期追加 ・ 2 期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期	
	麻しん	1 期 ・ 2 期	
	風しん	1 期 ・ 2 期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	ヒブ (Hib)	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	水痘	1 回目 ・ 2 回目	
B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備 考			

この理由書は、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 _____

《子どもの定期の予防接種の特例》

長期にわたる疾病等により定期予防接種を受けられなかった場合の対応について

平成25年1月30日付予防接種施行令の改正により、次の要件に該当する場合には、対象年齢を過ぎてても定期予防接種を受けることができます場合があります。なお、特例対象者への接種後は厚生労働省への報告が必要ですので、予診票と併せて別紙理由書の提出もお願いいたします。

※特例による定期の予防接種は、接種前に大分市が実施する定期の予防接種（大分市民対象）要件の内容確認が必要ですので、保護者の方へ事前に大分市保健所保健予防課へ、ご相談くださるようご連絡をお願いいたします。

対象となる要件

…長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等（下記の1から3）により、定期予防接種の接種対象年齢であった間に、予防接種を受けることができなかった方が対象となります。

1. 次のイからハに掲げる疾病にかかったこと（疾病の例は別表 P25 参照）

- イ 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病
- ロ 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群、その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病
- ハ イ又はロの疾病に準ずると認められるもの

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

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

接種可能な期間

…上記に記載する事情がなくなった日から起算して2年を経過する日までの間

ただし、以下については、定期接種として接種できる年齢に上限有り

- ① 5種混合ワクチン及び4種混合ワクチン…15歳に達するまでの間
- ② 結核（BCG）…4歳に達するまでの間
- ③ 小児用肺炎球菌ワクチン…6歳に達するまでの間
- ④ ヒブワクチン…10歳に達するまでの間

※定期の予防接種の内、不活化ポリオ・4種混合・ヒブ・小児用肺炎球菌・子宮頸がん予防・水痘の各ワクチンは、定期予防接種が始まった以降に接種ができなかった分が対象です。

大分市長 殿

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 ヶ月)
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	
今回実施する予防接種の種類、回数	高齢者20価肺炎球菌ワクチン 高齢者帯状疱疹ワクチン (ビケン・シングリックス)	回 回
※注意事項 高齢者肺炎球菌ワクチン・高齢者帯状疱疹ワクチンの接種期間	高齢者肺炎球菌ワクチン・高齢者帯状疱疹ワクチンについては、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の接種となります。	
医療機関所在地 医療機関名 医師名		
備 考		

この理由書は、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。

被接種者自署 _____

《高齢者肺炎球菌・高齢者帯状疱疹の定期の予防接種の特例》

長期にわたる疾病等により定期予防接種を受けられなかった場合の対応について

平成 26 年 7 月 2 日付予防接種施行令の改正により、次の要件に該当する場合には、高齢者肺炎球菌ワクチン・高齢者帯状疱疹ワクチンの接種対象年齢（又は年度）を過ぎても定期予防接種を受けることができる特例が適用されます。なお、この特例対象者への定期接種実施後は厚生労働省への報告が必要ですので、予診票と併せて別紙理由書の提出をお願いいたします。

※特例による定期の予防接種は、接種前に大分市が実施する定期の予防接種（大分市民対象）要件の内容確認が必要ですので、ご本人が（又はご家族の方）へ事前に大分市保健所保健予防課へ、ご相談くださるようご連絡をお願いいたします。

対象となる要件

…長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等（下記の 1 から 3）により、定期予防接種の接種対象年齢（令和 5 年度までは対象年度の年齢）であった間に、予防接種を受けることができなかつた方が対象となります。

1. 次のイからハに掲げる疾病にかかったこと（疾病の例は別表参照）

- イ 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病
- ロ 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群、その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病
- ハ イ又はロの疾病に準ずると認められるもの

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

接種可能な期間

…上記に記載する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

…接種回数 高齢者肺炎球菌ワクチン・高齢者帯状疱疹ワクチン（ビケン） 1 回
高齢者帯状疱疹ワクチン（シングリックス） 2 回

別表

分類	名称
悪性新生物	白血病 悪性リンパ腫 ランゲルハンス（細胞）組織球症(Histiocytosis X) 神経芽細胞腫 ウィルムス(Wilms)腫瘍 肝芽腫 網膜芽細胞腫 骨肉腫 横紋筋肉腫 ユーイング(Ewing)肉腫 末梢性神経外胚葉腫瘍 脳腫瘍
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症 慢性活動性E Bウイルス感染症 慢性GVHD (Graft Versus Host disease、移植片対宿主病) 骨髄異形成症候群 再生不良性貧血 自己免疫性溶血性貧血 特発性血小板減少性紫斑病 先天性細胞性免疫不全症 無ガンマグロブリン血症 重症複合免疫不全症 バリアブル・イムノデフィシエンシー(variable immunodeficiency) デイジョージ(DiGeorge)症候群 ウィスコット・アルドリッチ(Wiskott-Aldrich)症候群 後天性免疫不全症候群(AIDS、HIV感染症) 自己炎症性症候群
神経・筋疾患	ウェスト(West)症候群（点頭てんかん） レノックス・ガストウ(Lennox-Gastaut) 症候群 重症乳児ミオクロニーてんかん コントロール不良な「てんかん」 Werdnig Hoffmann病 先天性ミオパチー 先天性筋ジストロフィー ミトコンドリア病 ミニコア病 無痛無汗症 リー(Leigh)脳症 レット(Rett)症候群 脊髄小脳変性症 多発性硬化症 重症筋無力症 ギラン・バレー症候群 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ペルオキシソーム病 ライソゾーム病 亜急性硬化性全脳炎(SSPE) 結節性硬化症 神経線維腫症Ⅰ型（レックリングハウゼン病） 神経線維腫症Ⅱ型
慢性消化器疾患	肝硬変 肝内胆管異形成症候群 肝内胆管閉鎖症 原発性硬化性胆管炎 先天性肝線維症

	先天性胆道拡張症（先天性総胆管拡張症） 胆道閉鎖症（先天性胆道閉鎖症） 門脈圧亢進症 潰瘍性大腸炎 クローン病 自己免疫性肝炎 原発性胆汁性肝硬変 劇症肝炎 膵嚢胞線維症 慢性膵炎
慢性腎疾患	ネフローゼ症候群 巣状糸球体硬化症 慢性糸球体腎炎 急速進行性糸球体腎炎 グッドパスチャー(Goodpasture)症候群 バーター(Bartter)症候群
慢性呼吸器疾患	気管支喘息 慢性肺疾患 特発性間質性肺炎
慢性心疾患	期外収縮 心房又は心室の細動 心房又は心室の粗動 洞不全症候群 ロマノ・ワルド(Romano-Ward)症候群 右室低形成症 心室中隔欠損症 心内膜床欠損症（一次口欠損症、共通房室弁口症） 心房中隔欠損症（二次口欠損症、静脈洞欠損症） 単心室症 単心房症 動脈管開存症 肺静脈還流異常症 完全大血管転位症 三尖弁閉鎖症 大血管転位症 大動脈狭窄症 大動脈縮窄症 肺動脈閉鎖症 両大血管右室起始症 特発性肥大型心筋症 特発性拡張型心筋症 小児原発性肺高血圧症 高安病（大動脈炎症候群）
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	高オルニチン血症－高アンモニア血症－ホモシトルリン尿症 症候群 先天性高乳酸血症 乳糖吸収不全症 ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症 ウイルソン(Wilson)病 (セルロプラスミン欠乏症) メチルマロン酸血症
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

大分市骨髄移植後等における予防接種費助成対象認定に係る意見書

被 接 種 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	生年月日	年 月 日（満 歳）
接種済みの定期予 防接種で得た免疫が 低下し、又は消失し た原因となった疾病 名と治療内容	(疾病の名称)	
	(実施日、内容)	
再 接 種 が 必 要 な 予 防 接 種		
<p>上記の者について、骨髄移植等を行ったことにより、接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消滅しているため、再接種が必要であることを証明します。また、今般の予防接種の再接種が可能な状態であると判断するとともに、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>医療機関所在地 : _____</p> <p>電話番号 : (_____) _____ 医師氏名 _____ (印)</p>		

※意見書作成に係る注意事項

- ・この意見書の発行に当たり費用が必要な場合は、費用助成の対象外となるため申請者の負担となります。
- ・この意見書の内容について、大分市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご協力願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象になるものは、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種となります。必ず母子手帳等で、接種歴の確認をお願いします。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。

定期予防接種（B類疾病）免除対象者の確認方法

【生活保護世帯】

- ① 大分市が発行する生活保護診療依頼証（P30）または、大分市生活保護受給資格者証（P31）を医療機関に提示

☆予診票の右上に診療依頼証の番号7桁(ケース番号+世帯員番号)を記入して大分市に提出
または、予診票の右上に受給資格者証の番号5桁を記入して大分市に提出

※大分市以外が発行した診療依頼証を提示された場合は、その写しを予診票に添付してください。

※大分市生活保護受給資格者証は、4月中に交付予定です。

【市民税非課税世帯】

- ① 大分市が発行する確認書（【定期予防接種名】無料接種対象者確認書（P32）又は市民税非課税世帯確認書（P33））を持参し、医療機関に提出（有効期限内のものを使用してください。）

☆確認書を予診票に添付して大分市に提出

- ② 大分市の令和7年度介護保険料決定通知書（P34）を医療機関へ提示（4月～6月まで）
所得段階区分が第1～第3段階の方が免除対象者です。

所得段階区分が第4段階以上に該当する方は、免除の対象となりません。

- ・納付書の方…介護保険料決定通知書兼納付書綴りに記載
- ・年金天引きの方…介護保険料決定通知書兼特別徴収（本徴収）通知書に記載
- ・口座振替の方…介護保険料決定通知書兼口座振替通知書に記載

☆予診票の右上に介護保険料決定通知書の通知書番号10桁を記入して大分市に提出

※7月以降は、介護保険料決定通知書での免除対象者の確認はできません。

- ③ 大分市が発行する介護保険負担限度額認定証（P35）を医療機関に提示
（有効期限内のものを使用してください。）

☆予診票の右上に被保険者欄の番号を記入して大分市に提出

- ④ 大分県後期高齢者広域連合が発行する後期高齢者医療資格確認書（P36）を提示（コピーを予診票に添付してください。）

※75歳以上のため、高齢者肺炎球菌ワクチンは適用外

共通事項

☆ 予診票の右上に種別と番号を記載するか、又はその写しの添付をお願いします。

☆ 大分市以外が発行するものについては、予診票に番号等を記載されても確認ができませんので、その写しの添付をお願いします。

※本資料集に各種イメージ画像を掲載していますのでご確認ください。

生活保護診療依頼証(例)

予診票の右上に、この番号(7桁)を記入してください。

大分市生活保護 診療依頼証		ケース番号	世帯員	対象者の氏名	生年月日 資格発生日	性別	続柄
世帯主	住所 氏名	見本					
公費負担者番号		1	2	4	4	4	014
福祉事務所の 所在名称印	大分市荷揚町2番31号 大分市福祉事務所長						
交付年月日	令和 2年 1月 1日						
交付番号	担当者						
社会保険	記号番号						
資格確認欄	令和2年	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月		
	令和3年	1月～3月	4月～6月	7月～9月	10月～12月		

生活保護受給資格者証(例)

予診票の右上に、この番号(5桁)を記入してください。

令和8年度 大分市生活保護受給資格者証				交付年月日 令和8年4月1日			
世帯住所				<資格確認欄>			
対象者の氏名	生年月日	資格発生年月日	性別	4月~6月	7月~9月	10月~12月	1月~3月
見 本							
				<資格確認に関する事項>			
氏名	状況	期間					
	停止 廃止		~				
	停止 廃止		~				
	停止 廃止		~				
担当員							
福祉事務所の 所在名印		大分市荷揚町2番31号 大分市福祉事務所長		印			
				33533			

【定期予防接種名】 無料接種対象者確認書

見本

高齢者肺炎球菌予防接種
無料接種対象者確認書

大分市保健予防課

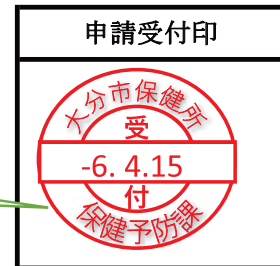
【確認申請者】

氏名	大分 太郎
生年月日	1958年9月5日
住所	荷揚町6番1号 ホケンビル204号

上記申請者が、定期予防接種（B類）における無料接種対象に
該当することを確認しました。

【接種を受けられる方へ】

- ・接種を受ける際は、この用紙のほかに、本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証など）を持参してください。
- ・接種の際に、この用紙 **保健予防課の受付印を押印します。**
- ・受けられる予防接種は、上記表題名の予防接種です。



※本確認書の有効期限

高齢者インフルエンザ予防接種、新型コロナウイルス接種、高齢者帯状疱疹…発行年度の実施期間内
高齢者肺炎球菌…66歳を迎える誕生日の前日まで

【接種医療機関の方へ】

- ・マイナンバーカードや運転免許証や健康保険証などで本人確認を行ってください。
- ・本用紙を被接種者から受領し、請求の際に予診票に添付して提出してください。
- ・不明な点があれば大分市保健所保健予防課（☎097-535-7710）までご連絡ください。

令和6年度から上記様式の確認書を発行しますのでご対応をお願いいたします。
(詳細は変更する可能性があります。)

市民税非課税世帯確認書（例）

市民税非課税世帯確認書は、被接種者から受理し、
予診票に添付してください。

(市民税非課税世帯確認書)
所得・税額調査同意書


送付
大分市保健所
保健予防課 ()
年 月 日

大分市長 殿






下記申請にあたり、私および私の世帯員に対する所得・税額調査について同意いたします。

記


1. 予防接種法に基づく予防接種の負担金免除の申請

申請者	住 所	
	ふりがな 氏 名	見 本 
	生年月日	M・T・S 年 月 日

上記同意いたします。

世帯員 (同居の家族)	氏 名	申請者との続柄	生 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日
			M・T・S・H 年 月 日

1. 高齢者肺炎球菌予防接種の負担金免除について
2. インフルエンザ予防接種の負担金免除について

上記申請者が、市民税非課税世帯に属することを確認しました。	
年 月 日	保健予防課管理担当班 
接 種 医 療 機 関	

※この確認の有効期限は、 年 月 日です。
これを過ぎると無効となります。

☆確認事項

- ・被接種者及び世帯員の押印があるか。
- ・接種を希望している予防接種名に○があるか。
- ・大分市職員の確認印があるか。
- ・有効期限内のものか。

介護保険料決定通知書(例)

4月から6月までの間は令和7年度の通知書で確認できれば可としています。
7月以降は、介護保険料決定通知書での免除対象者の確認はできません。

年度 介護保険料 決定通知書兼口座振替通知書 見 本

予診票の右上に、この番号を記入してください。



年度の介護保険料額が決定しましたので通知します。
 なお、保険料はあなたのお申し込みにより、下記のとおり預金口座から振替させていただきます。

通知書番号	<input type="text"/>		
被保険者氏名	<input type="text"/>		
生年月日	<input type="text"/>	性別	<input type="text"/>
住 所	<input type="text"/>		

金融機関名	<input type="text"/>		
口座名義人	<input type="text"/>		
口座番号	<input type="text"/>	預金種別	<input type="text"/>

※口座情報保護のため、口座番号の一部を#で表示しています。

期別保険料額及び納期限

月	特別徴収	普通徴収	納期限(振替日)
4月	円		
5月			
6月	円	1期	円
7月		2期	円
8月	円	3期	円
9月		4期	円
10月	円	5期	円
11月		6期	円
12月	円	7期	円
1月		8期	円
2月	円	9期	円
3月		10期	円
合計	円		円

年間保険料額	<input type="text"/>	円
--------	----------------------	---

保険料の算出

保 険 料 賦 課 期 間	<input type="text"/>
本人の市民税課税状況	<input type="text"/>
世帯の市民税課税状況	<input type="text"/>
本人の合計所得金額	<input type="text"/> 円
所得段階区分	<input type="text"/> 円
①所得段階(年間保険料額)	<input type="text"/> 円
①に該当する期間及び月数	<input type="text"/>
②変更後所得段階(年間保険料額)	<input type="text"/> 円
②に該当する期間及び月数	<input type="text"/>

所得段階区分が第1、第2、第3段階の人が免除者となります。

上記見本は、介護保険料決定通知書兼口座振替依頼書です。


他に、

- ・介護保険料決定通知書兼特別徴収(本徴収)通知書
- ・介護保険料決定通知書兼納付書(綴り)
- ・介護保険料更正(決定)通知書

でも所得段階区分が記載されていますので、免除対象者の確認にご利用いただけます。

介護保険負担限度額認定証(例)


予診票の右上に、この番号を記入してください。

介護保険負担限度額認定証									
交付年月日		令和	年 月 日						
被 保 険 者	番 号	XXXXXXXXXX							
	住 所								
	フリガナ								
	氏 名	見 本							
	生年月日		性 別						
	適用年月日								
	有効期限								
食費負担限度額			(円/日)						
居住費又は滞在 費の負担限度額	ユニット型個室		(円/日)						
	ユニット型 個室的多床室		(円/日)						
	従来型個室 (特養等)		(円/日)						
	従来型個室 (老健・療養等)		(円/日)						
	多 床 室		(円/日)						
保険者番号並びに 保険者名称及び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> </tr> </table>		4	4	2	0	1	2	
	4	4	2	0	1	2			
大分市荷揚町 2 番31号 大 分 市 電話 097(534)6111									

※介護保険負担限度額認定証とは、介護保険施設に入所・入院もしくはショートステイを利用している市民税非課税世帯もしくは生活保護世帯の人に大分市長寿福祉課より発行しているものです。

後期高齢者医療資格確認書(例)

後期高齢者医療資格確認書により市民税非課税世帯の確認をした場合は、必ず予診票にその写しを添付してください。

後期高齢者医療資格確認書	有効期限	令和 8年 7月31日	
被保険者番号	01234567	見 本	
氏 名	広域 太郎		
生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性 別	男
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
交付年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
負担割合	〇割		
発効期日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
限度区分	〇〇〇		
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
長期入院該当日			
特定疾病区分・発効期日			
保険者番号	12345678		
保険者名	大分県後期高齢者医療広域連合		

限度区分が、区Ⅰまたは区Ⅱの人が免除者となります。

※後期高齢者医療資格確認書は、大分県後期高齢者医療広域連合が75歳以上の方全員に発行しているものです。

限度額適用・標準負担額減額認定証の新規発行が廃止となったため、限度区分で表示されています。

保護者(父・母)以外の方が同伴する時の委任状

定期の予防接種には、原則保護者の同伴が必要です。

平成20年度より保護者が特段の理由で同伴できない場合、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等が同伴すれば、接種が受けられることになりました。

その場合には、次頁の委任状を必ず予診票に添付してください。

※委任状は大分市のホームページからダウンロードできます。

※ただし、日本脳炎ワクチン及びHPVワクチン接種時に保護者が同伴しない場合(13歳以上～16歳未満の者)は「同伴しない場合の予診票」の保護者自署欄に記入があれば、委任状の提出は必要ありません。

(「同伴しない場合の予診票」が不足で必要な場合は、事前にご連絡ください。)

●保護者の同伴の必要性・自署について

被接種者年齢	保護者の同伴の必要性	自署について
13歳未満	必要	保護者
13歳以上～ 16歳未満	原則、必要 事前に保護者の接種に対する同意を 予診票上の保護者自署欄で確認でき れば、保護者の同伴を要しないものと する。	保護者
16歳以上	不要	本人

※定期接種実施要領(9予診票参照)

保護者(父・母)以外の方が同伴する時は委任状が必要です。

委 任 状

私はこの度子どもの予防接種を受ける際に、事情により同伴することができないので、子どもの健康状態を普段より熟知している親族等を代理人として予防接種に関する一切の権限を委任いたします。また、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解し、代理人の同意をもって保護者の同意とします。

年 月 日

予防接種対象者 氏名 _____

委任者 住所 _____
(保護者)

氏名(保護者自署) _____

緊急連絡先 _____

代理人 住所 _____
(親族等)

氏名 _____

(予防接種対象者との続柄) _____