

令和8年度版
松江市定期予防接種マニュアル
(A類疾病 妊婦・こども)



松江市健康推進課予防接種室

目次

1 学年年齢別対象者一覧.....	資料 1
2 令和 8 年度日本脳炎予防接種 対象者について.....	資料 2
3 定期予防接種における接種間隔・対象年齢の考え方.....	資料 3
4 予防接種の記録 ^{見本} (母子健康手帳を紛失された人が持参)	資料 4
5 接種時の確認事項	
(1) 予防接種 過誤防止のマニュアル (A 類版)	資料 5
(2) BCG 個別接種における管理のチェックポイント 57.....	資料 6
(3) 予診票記入の注意事項.....	資料 7
6 接種後の対応	
(1) 接種の過誤発生時の対応.....	資料 8
(2) 接種の過誤発生時の対応 (BCG)	資料 9
(3) 予防接種過誤報告書(原本：コピーして使用)	資料 10
(4) 予防接種後副反応疑い報告について.....	資料 11
ア 予防接種後副反応疑い報告書 (別紙様式 1)	資料 12 (原本：コピーして使用)
イ 報告受付サイトについて.....	資料 13
(5) コツホ現象報告書について.....	資料 14
ア コツホ現象事例報告書 (原本：コピーして使用)	資料 15
(6) 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種	
ア 特例措置対象者該当理由書について.....	資料 16
イ 特例措置対象者該当理由書 (原本：コピーして使用) 資料	17

7 契約後の契約事項の変更

- (1) 医療機関情報変更届（原本：コピーして使用） 資料 18
- (2) 承諾書（契約後、接種医師が追加になった場合） 資料 19
（原本：コピーして使用）

8 配付物品が不足した場合

- (1) 松江市 A 類疾病予防接種業務委託 不足物品連絡票... 資料 20
（原本：コピーして使用）

学年	生年月日	令和8年度年齢 誕生日が来たときの年齢	ワクチン											
			ロタ	B型肝炎	ヒブ (四混接種時)	肺炎球菌	五種混合 三種混合	BCG	水痘	麻しん 風しん MR	日本脳炎	二種混合 DT	HPV	
			浅黄	コスモス	若竹	ブルー	さくら レモン 黄色	空色	サーモン	白茶色	特別対象：りんどう色 定期1期・2期：藤色	若草色	白色上質紙	
	H18.4.2~H19.4.1生	20歳									※特例 20歳前日まで(1期不足分・2期不足分)			
	H19.4.2~H20.4.1生	19歳												
高校生	高3	H20.4.2~H21.4.1生	18歳											
	高2	H21.4.2~H22.4.1生	17歳											
	高1	H22.4.2~H23.4.1生	16歳											
中学生	中3	H23.4.2~H24.4.1生	15歳											
	中2	H24.4.2~H25.4.1生	14歳											
	中1	H25.4.2~H26.4.1生	13歳											
小学生	小6	H26.4.2~H27.4.1生	12歳									案内小6	案内小6	
	小5	H27.4.2~H28.4.1生	11歳											
	小4	H28.4.2~H29.4.1生	10歳								2期 案内小4			
	小3	H29.4.2~H30.4.1生	9歳											
	小2	H30.4.2~H31.4.1生	8歳								*特例2期			
	小1	H31.4.2~R2.4.1生	7歳											
乳幼児	年長	R2.4.2~R3.4.1生	6歳								2期			
	年中	R3.4.2~R4.4.1生	5歳											
	年少	R4.4.2~R5.4.1生	4歳								*特例1期			
		R5.4.2~R6.4.1生	3歳											
		R6.4.2~R7.4.1生	2歳											
		R7.4.2~R8.4.1生	1歳						1~2歳		1期			
		R8.4.2~R9.4.1生	0歳		1歳未満				1歳未満					
法律上対象年齢			ロタリックス1回 6~24週0日 ロタテック1回 6~32週0日	1歳の 前日まで	生後2月 ~ 5歳の 前日	生後2月 ~ 7歳6月 前日	1歳の 前日まで	1歳 ~ 3歳の 前日	【1期】 1歳~2歳の前日 【2期】 年長児の年度 【特例】 R4.4.2~R5.4.1生 H30.4.2~H31.4.1生 R8年度まで可	【1期】 生後6月~7歳6月前日 【2期】 9歳~13歳の前日	11歳 ~ 13歳の前日	小6~高1		
標準接種年齢			生後2月 ~ 14週6日	生後2月 ~ 9月	接種開始：生後2月~7月	生後2月 ~ 12月	生後5月 ~ 8月	【1回目】 1歳~ 1歳3月	R4.4.2~R5.4.1生 H30.4.2~H31.4.1生 R8年度まで可	1期：3~4歳 1期追加：4~5歳 2期：小学4年生	小学6年生	中学1年		
予診票 配布方法	生後1か月頃 予防接種手帳		○	○	○	○	○	○	○	○	○ (1期追加まで)			
	4月 個別通知(○予診票配布)										年長児2期 (ハガキのみ)	○小学4年生(2期)	○小学6年生	○小学6年生
	窓口申請		○	○	○	○	○	○	○	○	○ (3歳未満用はR6年度から廃止)	○	○	
接種勧奨通知	個別勧奨通知(未接種者)							9ヵ月		1期:1歳9月 2期:7月、12月			○高校1年生:4月、9月 ○中学2年生:10月	
	全体勧奨通知				1.6健案内送付時	1.6健、3健案内送付時	1.6健、3健案内送付時 就学時健診案内送付時		1.6健案内送付時	1.6健案内送付時 就学時健診案内送付時	1.6健、3健案内送付時 就学時健診案内送付時 小6の12月(小学校経由)	小6の12月 (小学校経由)		

令和8年度 日本脳炎予防接種 対象者について (松江市) フロー図

資料2

年齢はいくつですか

特例
対象者

定期接種
対象外

定期接種
対象者

定期接種
対象外

定期接種
対象者

19歳
(H18年度生まれで
20歳未満)

13歳以上
~
18歳・19歳
(H19年度生まれ)

9歳以上~13歳未満

7歳6か月~9歳未満

生後6か月
~
7歳6か月未満

予防接種実施規
則附則第3条の
対象者

任意接種

任意接種

1期(3回)2期(1回)の
4回が終わっていない

13歳の誕生日前日までに
2期を
受けましょう

7歳6か月までに
1期(3回)を
受けましょう

20歳未満に4回のうち
不足分を接種できます

予診票 藤色(うすい紫)
小学校4年生時の4月に
予診票を送付します

予診票 藤色(うすい紫)
予診票は予防接種手帳

予診票 りんどう(濃い紫)
2期は高校3年生の時に
予診票を送付しています
1期は未送付のため
発行申請が必要

9歳~13歳未満の間に
2期を定期接種します

予診票 藤色(うすい紫)
小学校4年生時の4月に
予診票を送付します

定期予防接種における接種間隔の考え方

資料3

- ・接種間隔の起算日(1日目)は、接種した日の翌日になる。
- ・〇日の間隔を置く⇒接種日と次の接種日の間に〇日を挟む。
- ・単位が月になった場合、**暦に合わせて翌月の同日の前日**に1月が経過したと考える
ただし、翌月に同日となる日が存在しない場合は、**翌月の最後の日**に1月が経過したと考える

4月1日接種の場合、接種間隔の解釈方法は下記のとおりになります。

4月

日	月	火	水	木	金	土
	1 (接種日)	2 (1日目)	3 (2日目) ①	4 (3日目)	5 (4日目)	6 (5日目)
7 (6日目)	8 (7日目)	9 (8日目)	10 (9日目)	11 (10日目)	12 (11日目)	13 (12日目)
14 (13日目)	15 (14日目)	16 (15日目)	17 (16日目)	18 (17日目)	19 (18日目)	20 (19日目)
21 (20日目)	22 (21日目)	23 (22日目)	24 (23日目)	25 (24日目)	26 (25日目)	27 (26日目)
28 (27日目)	29 (28日目) ②	30 (29日目)				

③			④		
接種日	1か月	接種可能日	接種日	20日	接種可能日
4/1		5/1	4/1		5/28
				56日	
				4/22	

⑤			⑥							
接種日	6か月	接種可能日	接種日	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	接種可能日
4/1		10/1	8/31							3/1

予防接種法令関係の表現	具体的な日	解釈
①1日の間隔をおいて接種	4月3日	4月2日が接種間隔の起算日(1日目)のため、4月2日を間に挟んだ4月3日が1日の間隔を置いた日となる
②27日の間隔をおいて接種	4月29日	4月2日が接種間隔の起算日(1日目)とし、27日間を間に挟んだ4月29日が27日の間隔を置いた日となる
③1月の間隔をおいて接種	5月1日	月の場合、翌月の同日の前日に1か月を迎えたと考え、翌月の同日(5/1)の前日(4/30)に1か月を迎えたと考え、よって、1か月を間に挟んだ5月1日が1か月の間隔をおいた日となる。
④20日から56日までの間隔をおいて接種	4月22日から5月28日まで	4月2日が接種間隔の起算日(1日目)とし、20日間を間に挟んだ4月22日が20日の間隔を置いた日となる。 4月2日が接種間隔の起算日(1日目)とし、56日間を間に挟んだ5月28日が56日の間隔を置いた日となる。
⑤6月以上の間隔をおいて接種(接種日を4月1日とする場合)	10月1日	月の場合、翌月の同日の前日に1か月を迎えたと考え、よって、6か月後の同日(10/1)の前日(9/30)に6か月を迎えたと考え、よって、6か月を間に挟んだ10月1日が6か月の間隔をおいた日となる。
要注意 ⑥6月以上の間隔をおいて接種(接種日を8月31日とする場合)	3月1日	月の場合、翌月の同日の前日に1か月を迎えたと考え、6月の同日(2/31)も前日(2/30)も存在しないため、 その月の最後の日(2/28)に6か月を迎えたと考え 、よって、6か月を間に挟んだ 3月1日 が6か月の間隔をおいた日となる。

具体的な例

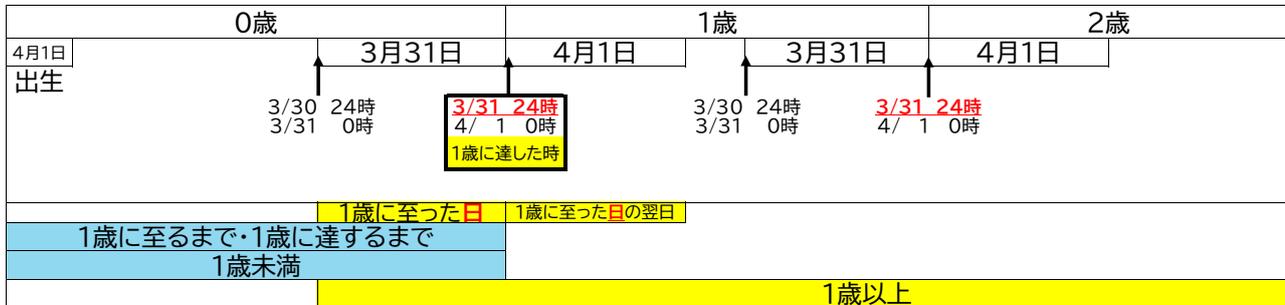
間違い多発

例	考え方
8月31日にHPV9価ワクチン1回目を接種した場合の2回目までの接種間隔	1回目と2回目は1か月以上の間隔をあげる 1か月に達するのは翌月の最後の日の9月30日。 1か月 以上の間隔をあげる ため、接種可能日は 10月1日以降 (9月30日ではありません！！)

定期予防接種における対象年齢の考え方

予防接種における年齢の考え方は、「年齢計算ニ関スル法律」の規定により、年齢は出生の日から起算され、期間はその末日の終了をもって満了する
 ⇒**誕生日の前日24時**に年齢が加算される(誕生日前日24時と誕生日当日0時は時刻としては同じだが、**属する日は異なる**と考える)

4月1日生まれの場合、年齢の解釈方法は下記のとおりになります。



予防接種法令関係の表現	具体的な日	解釈
1歳に達した時	3月31日24時	誕生日の前日24時に1歳年を取ると考える。
1歳に至るまで	3月31日まで	誕生日の前日24時に1歳年を取ると考える。3月31日を含む。
1歳に達するまで	3月31日まで	誕生日の前日24時に1歳年を取ると考える。3月31日を含む。
注意 1歳以上	3月31日から	誕生日の前日24時に1歳年を取ると考える。この場合、厳密には3月31日の0時から24時に至るまでは1歳に達していないが、真夜中の24時に接種を受けることは通常想定されないため、 日中でも接種を受けられるように配慮し、3月31日丸一日を含む。
注意 1歳未満	3月31日まで	「1歳以上」の場合は、被接種者の都合を考慮し、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯を含めたが、 「1歳未満」の場合は、厳密に誕生日の前日24時に1歳年をとると考える。
注意 1歳に至った日	3月31日	誕生日の前日24時に1歳年を取ると考えるが、 至った「日」は前日の3月31日を指す。
1歳に至った日の翌日	4月1日	1歳に至った日が3月31日なので、その翌日の4月1日を指す。

具体的な例

例	考え方
令和7年4月1日生まれで、B型肝炎の予防接種を 令和8年3月31日 に接種した。	1歳未満に接種すればよいので○
令和7年4月1日生まれで、MR第1期の予防接種を 令和8年3月31日 に接種した。	誕生日の前日(3/31)24時に1歳になると考えるが、その日丸1日接種可能なので○

定期予防接種における対象月齢の考え方

- ・単位が月になった場合、**暦に合わせて翌月の同日の前日**に1月が経過したと考える
- ・ただし、翌月に同日となる日が存在しない場合は、**翌月の最後の日**に1月が経過したと考える

12月31日生まれの場合、月齢の解釈方法は下記のとおりになります。

0か月		1か月		2か月		3か月		4か月		5か月		6か月	
12/31		1/30	1/31	2/28		3/30	3/31	4/30		5/30	5/31	6/30	
出生日		翌月の同日の前	翌月の同日	翌月の最後の日		翌月の同日の前	翌月の同日	翌月の最後の日		翌月の同日の前	翌月の同日	翌月の最後の日	

予防接種法令関係の表現	具体的な日	解釈
生後1月に至るまで	1月30日まで	翌月の同日(1/31)の前日(1/30)に生後1か月を迎えたと考え
生後3月から生後6月に至るまでの間	3月30日から6月30日までの間	生後3月は、3月31日の前日(3/30)に生後3か月を迎えたと考え。 生後6か月、6月に同日となる日(31日)がないため、6月最後の日の6/30に生後6か月を迎えたと考え。

具体的な例

例	考え方
五種混合の対象年齢の考え方 (生後2か月以上7歳6か月未満)	令和7年4月1日生まれの場合 生後2か月以上は2か月後の同日の前日なので令和7年5月31日 7歳6か月未満は令和14年9月30日まで

予防接種 過誤防止のマニュアル (A 類版) 松江市

医師・看護師及び事務従事者が分担し、ダブルチェックをしましょう

1. 予約時・当日受付時の確認

	対象者の住所※1、フルネーム、年齢、生年月日をマイナンバーカード等で確認する。
	接種する予診票を持参している。
	予防接種の種類と回数を確認する。
	対象者がワクチンの対象接種年齢であるかを確認する。
	接種歴を確認する。
	直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
	予診票の質問事項にすべて回答しているかを確認する。
	検温を行い、記録する。

※1 市外に住民票がある人、接種日当日の日付で転出の手続きをする人は、接種日当日に松江市民でないため、松江市の予診票で予防接種ができません。

2. 問診時の確認

	対象者の住所、 <u>フルネーム</u> 、年齢、生年月日を確認する。 ※1
	予防接種の <u>種類と回数</u> を確認する。 ※2
	対象者がワクチンの対象接種年齢であるかを確認する。 ※3
	<u>接種歴</u> を確認する。 ※4
	直前の予防接種実施日からの <u>間隔</u> を確認する。 ※5
	接種前の <u>検温</u> を確認する。
	予診票の記載に <u>漏れ</u> があれば確認する。
	診察を行い、体調を確認する。
	医師記入欄に実施の可否、医師が署名をする。
	保護者の同意、承諾サインをもらう。

※1 診察時に改めて対象者（保護者）に口頭で接種されるワクチンと対象者名をフルネームで確認する。 同姓同名の者がいる場合は特に注意する。

※2 予診票の色とワクチンラベルの色は統一されているため照合する。（水痘・ロタ・RS 除く）
異なったワクチン接種を希望する同胞と一緒に来院した時は注意する。
数種類のワクチンを机の上に置かず、1人分のワクチンだけを用意する。

※3 対象者が決められた接種年齢（月齢）であることを確認する。
接種時の年齢（月齢）を保護者あるいは本人に口頭で確認する。
接種対象年齢でない者が予防接種を受けにくる場合がある。この場合、予防接種法に基づく定期接種には該当せず、任意接種扱いとなる。

※4 既に接種済みの予防接種を忘れて、再度接種を受けにくることがある。
接種前に母子健康手帳、カルテ等をチェックすることで、接種済みであることを対象者（保護者）に告げることができる。

※5 注射生ワクチン接種後、異なる種類の注射生ワクチンを接種する場合は、注射生ワクチン接種後4週間の間隔があいているか確認する。（同一曜日接種可能）
また、同一ワクチンの接種時は、各ワクチンの接種間隔を確認する。

接種前に母子健康手帳やカルテをチェックすることで未然に防ぐことができる

3. 接種時の確認

	ワクチンの種類および有効期限を確認する。 ※1
	ワクチンの外観を確認する。
	ワクチンの吸引前によく振り混ぜる。 ※2
	ワクチンの接種量を確認する。 ※3
	接種方法を確認する。 ※4

- ※1 ワクチンの有効期限をチェックし、期限切れのワクチンは使用しない。
接種時に改めて対象者（保護者）に口頭で接種されるワクチンを確認する。
使用する注射器や針の開封時に、使用期限を確認する。
- ※2 DT ワクチンなど沈降ワクチンでは、有効成分である不溶物がバイアルの底に沈みやすいので、吸引前によく振り混ぜることが必要である。
- ※3 「小学6年生にDT ワクチンを通常（0.1ml）の5倍量（0.5ml）接種してしまった」「日本脳炎予防接種で、接種量が0.25mlである3歳未満の児に0.5ml接種してしまった」という事例がある。
予診票やカルテに接種量を記載してから、ワクチンを必要量だけ充填する。
確認しやすい場所に接種量の表を貼っておき、その都度確認する。
- ※4 予診票、母子健康手帳、カルテへの記入、接種ワクチンのラベルの貼付などを完了してから接種を行う。

4. 接種後の確認

	使用済み注射器は適正に廃棄する。
	予診票、母子健康手帳に接種日、ワクチンメーカー名、ワクチンのロット番号、接種量、医療機関名などを記載したかを確認する。
	予診票を回収したかを確認する。
	接種終了後の注意事項を説明する。
	副反応にそなえ、接種後30分待機させる。

5. ワクチン保管の確認

	ワクチンの保管については、各ワクチンの添付文書で確認する。
	ワクチンの種別別に整理し、使用予定数を確保しておく。
	有効期限までの日数が長いものは奥に、短いものは手前に置く。 ※1
	保管庫の温度を記録する。 ※2

- ※1 期限切れのワクチンを使用しないために、有効期限が近いものより順番に使用する。
有効期限に近いワクチンは冷凍庫・冷蔵庫の手前に保管し、有効期限に近いワクチンから順番に使用する。ワクチン毎にロット番号順にまとめ、有効期限が記載されている側が見やすいように配置する。期限切れワクチンは早急に処分しておく。
- ※2 特に生ワクチンは温度管理を誤れば、急激に力価が低下するので、定期的に保管庫の温度をチェックし記録する。

6. 救急搬送措置の確認

- ◇事故発生に対する対応策、応急措置について準備できているか確認する。
- ◇重篤な副反応が見られた場合、適切な医療機関への搬送手段を確保しているか確認する。

BCG個別接種における管理のチェックポイント 57

及川馨先生が出雲市 BCG 研修会のために制作されたもの(初版 2008.11.17、改訂 2014.3.5)を松江市 BCG 研修会のために改変させていただいたもの(改変 2020.8.19)

A. ワクチンの確認

No	チェックポイント	☑
1	乾燥BCGワクチン(経皮用)が 10℃以下で保存されているか	<input type="checkbox"/>
2	製造年月日の確認	<input type="checkbox"/>
3	有効期限の確認	<input type="checkbox"/>
4	ロットナンバーを記録	<input type="checkbox"/>
5	アンプル内の性状の確認(均一にさらさらしているか)	<input type="checkbox"/>
6	アンプルの含有量と溶解液量を確認する	<input type="checkbox"/>

B. 接種前の確認

No	チェックポイント	☑
7	予診票の持参を確認する	<input type="checkbox"/>
8	名前の確認	<input type="checkbox"/>
9	接種不適合者かどうかの確認をする	
	① 明らかな発熱者(37.5℃以上)	<input type="checkbox"/>
	② 重篤な急性疾患に罹患中	<input type="checkbox"/>
	③ 免疫不全又は免疫抑制剤使用の有無	<input type="checkbox"/>
	④ 結核の既往	<input type="checkbox"/>
	⑤ 家族・同居人に結核患者の有無	<input type="checkbox"/>
	⑥ ケロイド体質かどうか	<input type="checkbox"/>

C. 溶解上の注意点

No	チェックポイント	☑
10	溶解してから 20 分以内に接種すること	<input type="checkbox"/>
11	アンプルカットでアンプルの首全周にキズをつける	<input type="checkbox"/>
12	アルコール綿をしっかりと絞ってからガラス片をふき取る	<input type="checkbox"/>
13	付属の黒いビニール袋でアンプルを包み、袋をねじって中の空気を追い出す	<input type="checkbox"/>

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
14	袋を被せたままアンプルをカットする	<input type="checkbox"/>
15	溶解液のアンプルのカット面をアルコール綿で拭く	<input type="checkbox"/>
16	アルコールが乾燥したことを確認し、アンプルの上に残っている液を下に落とす	<input type="checkbox"/>
17	アンプルの青いカットマークを上にして、アンプルをカットする	<input type="checkbox"/>
18	溶解液(生食)は付属の滴下用スポイトで正確に全量を吸い上げる	<input type="checkbox"/>
19	スポイトは強く吸い上げると上の方まで吸い上げてしまうので注意	<input type="checkbox"/>
20	溶解に注射器を使用してはいけない	<input type="checkbox"/>
21	1人用では溶解液が0.15mlと少量なので、全量を内壁面に沿ってゆっくりと注入し、2～3分静置し、泡を立てないようにアンプルを静かに振って均等なBCG懸濁液とする	<input type="checkbox"/>
22	均等になっているか、あるいはアルコールが混入していないか観察する	<input type="checkbox"/>
23	溶かしたBCG液が直接日光に当たらないように注意する	<input type="checkbox"/>
24	溶解後3時間を経過したBCG液は力価が落ちているので使用しないこと	<input type="checkbox"/>

D. 消毒

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
25	上腕をアルコール綿で消毒し、十分乾いてからBCG接種となるので、アルコール綿は固く絞ったものを使用する	<input type="checkbox"/>

E. 接種器具, 固定

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
26	滅菌済みの管針、スポイトは包装を開封したらすぐに使用する	<input type="checkbox"/>
27	BCGの管針は一人ずつ取り替える	<input type="checkbox"/>
28	BCG接種時、上腕を動かさないようにするために、乳児をしっかりと固定する	<input type="checkbox"/>
29	BCG接種後、乾かすとき上腕接種部位に衣服や髪などが接触しないように注意し、スタッフは自然乾燥を確認して接種を終了する	<input type="checkbox"/>
30	乳児は半そでが望ましい	<input type="checkbox"/>

F. ワクチンの滴下と塗布

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
31	接種部位のアルコールが蒸発乾燥していることを確認	<input type="checkbox"/>
32	上腕を水平に保ち(左手を下に添える)、皮膚を緊張させる	<input type="checkbox"/>

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
33	溶解したBCG液は滴下用スポイトを用いて泡を立てないようにゆっくり吸い上げる	<input type="checkbox"/>
34	正確にBCG懸濁液を1滴滴下する。滴下量が不十分と思われる場合はもう1滴滴下する	<input type="checkbox"/>
35	滴下されたワクチンを管針のツバの側面で上腕の縦方向に沿って幅約 1.5cm、長さ約 3cm 程度の範囲に塗り広げる	<input type="checkbox"/>
36	ツバで強くこすり塗布面が薄くなりすぎないように注意	<input type="checkbox"/>

G. ワクチン接種

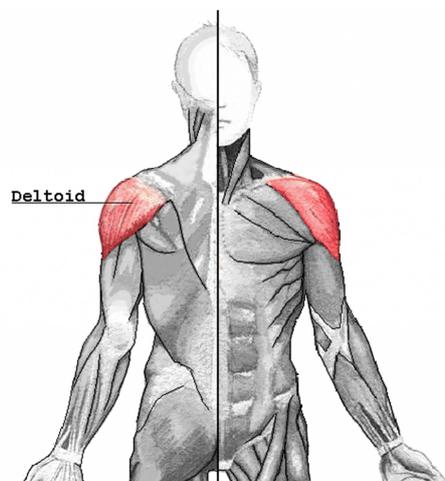
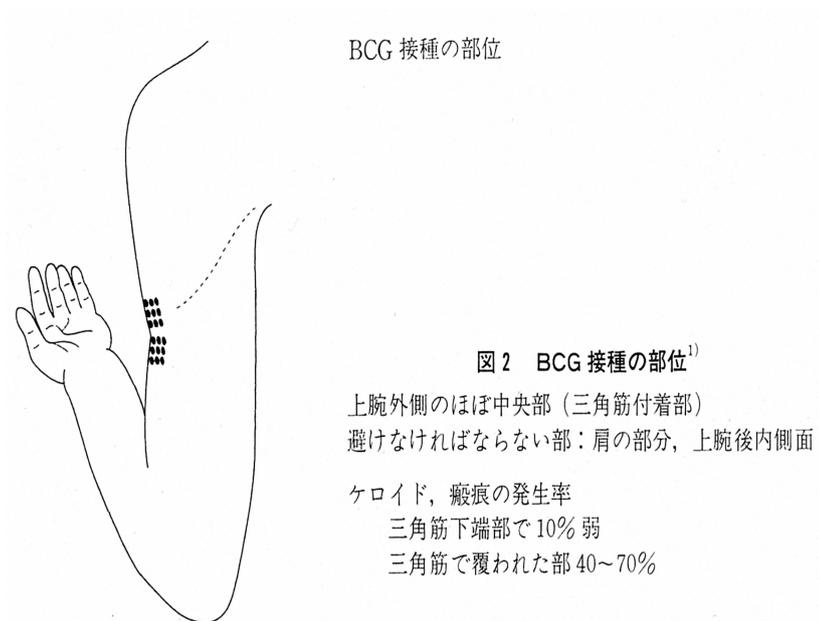
No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
37	均等に液を広げた後、管針を皮膚面に垂直に保持し、上腕部を下から支えている手で強く緊張させる	<input type="checkbox"/>
38	ツバの両端が皮膚に十分につくまで管針を強く押して接種する	<input type="checkbox"/>
39	乳児では少し血がにじむ程度の強さがよい	<input type="checkbox"/>
40	管針をねじらない	<input type="checkbox"/>
41	接種数は2個とする	<input type="checkbox"/>
42	2箇所は管針の円跡が相互に接するようにする	<input type="checkbox"/>
43	2箇所は重ならないようにする(局所反応が強くなるように)	<input type="checkbox"/>
44	腕の縦方向とツバの縦方向が一致するようにする	<input type="checkbox"/>
45	押し終わったらツバの側面で皮膚上のワクチンを2-3回針痕になすりつける	<input type="checkbox"/>
46	接種後、円跡の周囲は乾いたガーゼまたは硬く絞ったアルコール綿で拭きとる	<input type="checkbox"/>
47	接種後は接種部位に触れないように注意し十分に自然乾燥させる	<input type="checkbox"/>
48	うちわ、またはドライヤー(冷風)の使用はかまわないが、直射日光や熱での乾燥は避ける	<input type="checkbox"/>
49	接種手技は添付文献の図をしっかりと確認しておく	<input type="checkbox"/>
50	特に接種部位は左上腕外側中央部	<input type="checkbox"/>

H. 接種後の注意

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
51	乾燥の確認	<input type="checkbox"/>
52	当日の入浴は1時間以上経過すれば可能だが、接種部位はこすらない	<input type="checkbox"/>
53	コッホ現象(疑わしいときも)を認めたときは、すぐに受診するように伝えておく	<input type="checkbox"/>
54	コッホ現象と思われる状況の時、接種医は必要に応じてツ反を実施するか、または専門医療機関(松江赤十字病院・松江市立病院)に紹介する	<input type="checkbox"/>
55	コッホ現象が確実と見られたときはすぐに松江市健康推進課(0852-60-8173)に連絡	<input type="checkbox"/>

No	チェックポイント	<input checked="" type="checkbox"/>
56	接種部位の潰瘍、膿胞には清潔保持。遷延時は抗菌剤軟膏の処方	<input type="checkbox"/>
57	所属リンパ節腫大の大半は自然治癒するが、自然排膿した場合はリファンピシン軟膏の塗布 (リファンピシン末を軟膏に混合)	<input type="checkbox"/>

BCG 接種の部位



参考資料・文献

1. ビジュアル予防接種マニュアル、DVD と本文
2. 思い出の人を偲んで BCG経皮接種の生みの親 朽木五郎作 先生
<http://www.jatahq.org/siryoukan/kikanshi/pdf/287.pdf>
3. 森亨、徳地青六：図譜ツベルクリン反応検査・BCG 接種、(財)結核予防会
平成 11 年 4 月第 2 版第 5 刷発行
4. 予防接種 Q&A 改訂第 3 版 小児内科 2013 VOL.45 増刊号 248-283P
5. 及川 馨 接種医に必要な基礎知識—同時接種、皮下注と筋注；
小児用ワクチン Revision up 2014 別冊 医学のあゆみ 15-21p
6. 原琢磨、森雅亮 BCG ワクチンの過去、現在、そして未来；
小児用ワクチン Revision up 2014 別冊 医学のあゆみ 57-63p
7. 予防接種ガイドライン：予防接種ガイドライン等検討委員会執筆 & 監修
8. 永井仁美：BCG 接種におけるコッホ現象
http://www.jata.or.jp/rit/rj/bcg_nagai_21.12.18.pdf
9. 結核予防会発行：DVD「BCG 接種」(2012 年制作) ★配布資料
「BCG 懸濁液の作り方」や「接種の詳細な手技」の動画を「目で見る正しい
BCG 接種(医療関係者向け)」で是非ともご確認をください。
10. 森亨監修：結核予防会発行：BCG 接種に関する Q&A 集(2018 年改訂) ★配布資料
11. 森亨監修：結核予防会発行：現場で役立つ直接 BCG 接種の手引き(2019 年改訂)★配布資料

及川馨先生の解説

BCG はフランス・パスツール研究所のカルメットとگرانにより、ウシ型結核菌を 13 年間 230 代継代培養することにより弱毒化に成功し完成した。1921 年(大正 10)に新生児に初めて投与された。日本へは 1924 年(大正 13 年)に志賀潔がフランスから菌株を譲り受け持ち帰った。1943 年(昭和 18 年)接種効果が確認された。当初皮内接種が行われたが、局所反応が強く、1967 年には朽木五郎作により「管針」を呼ばれる独自の経皮接種法に変更された。この方法では接種液が海外のワクチンより 160 倍も濃厚なため、皮内接種や皮下接種では潰瘍形成などを引き起こす。海外では今でも大半が皮内接種法で実施されている。

日本の BCG ワクチンは上腕外側中央部以外の場所に接種するとケロイドを作りやすい。

ワクチンは凍結乾燥の粉末状になっており、日光照射に弱く、時間と共に急激に力価が低下するので溶解後は速やかに接種する。また溶解時に強く振ったりすると効果を減じる。

接種後の経過の概略を示しておく。特にコッホ現象、あるいはコッホもどきの局所反応を説明し、疑わしいときは受診するように話しておく。

予診票記入の注意事項

- ★数字等不明瞭で、読み取れない場合があります。鮮明に記載をお願いします。
- ★接種日当日に、松江市に住民票がある人が接種できます。
- ★質問事項右欄の【医師記入欄】を必ずご記入ください。
- ★医師記入欄【医師署名】は、フルネームを自署でご記入ください。
※ゴム印は使用しないようお願いします。
※承諾書を提出いただいていない医師が接種される場合は、追加で承諾書を提出
ください。(定期予防接種マニュアル[資料19]に様式があります。)
- ★右下部【実施場所・医師名・接種部位・接種年月日】の記載について
※接種年月日は鮮明に、西暦 4 桁「20××年〇月〇日」で記載をお願いします。
※実施場所及び医師名は、コード番号入りのゴム印を押してください。
(実施場所ゴム印は今回の物品配付でお配りしています。)
医師コード番号入りのゴム印を紛失された場合は、ご連絡ください。
- ★左下部【メーカー名・Lot 番号】の記載について
令和 8 年度から、メーカー名を○で囲む必要はありません。
(予診票左下の「使用ワクチン名」に「○で囲む」の表記があるものも、○で囲まなくても可。)
Lot 番号ラベル貼付(Lot 番号の記載)には引き続きご協力いただきますようお願いいたします。
- ★子宮頸がん予防ワクチン予診票について
・キャッチアップ接種は令和7年度で終了しました。
・令和8年度から2価及び4価ワクチンは定期予防接種で使用することができません。9価ワクチンのみ使用可能です。
予診票は2価及び4価ワクチン記載の古い予診票も使用可能です。
- ★小児肺炎球菌ワクチン予診票について
「使用ワクチン名」欄に、13 価ワクチンまたは 15 価ワクチンの記載のある予診票を使用して 20 価ワクチンを接種される場合は、お配りしている「小児肺炎球菌予診票用シール(20 価対応)」を「使用ワクチン名」欄へ貼付してください。
- ★五種混合ワクチン予診票について
四種混合・ヒブの予診票をお持ちの人で五種混合の予防接種を希望された場合は、四種混合・ヒブの予診票を回収の上、お配りしている五種混合の予診票を使用して実施してください。
回収した予診票は、使用した予診票の後ろにホッチキス留めし、請求時にご提出を

A類

お願いします。

★日本脳炎ワクチン予診票について

※3歳以上用の予診票をお持ちで、3歳未満で接種を希望された際は、医療機関にて該当の3歳以上用の予診票1枚を回収の上、お配りしている新様式の予診票を使用して実施をお願いします。

回収された3歳以上用の予診票は、使用した新様式の予診票の後ろにホッチキス留めし、請求時にご提出をお願いします。

※3歳以上で予防接種を実施する場合は、引き続き旧様式を使用できます。

日本脳炎予防接種予診票(2期) 【9歳～13歳未満】

住所	松江市			※太枠内を黒ボールペンで記入してください(鉛筆不可) 松江市に住民票のある人のみ接種できます			
(フリガナ)				接種当日年齢	満	歳	か月
氏名				保護者氏名			
生年月日	性別	整理番号		電話番号			
平成 年 月 日	男・女						



今までに日本脳炎予防接種を受けた回数に○をつけてください。 ★医師記入欄を必ずご記入ください

接種期間: 9～13歳未満 診察前の体温 度 分

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	✓
2	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	✓
3	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	✓
4	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	✓
5	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類・接種日 ()	はい	いいえ	✓
6	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	✓
7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	✓
	そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	✓
8	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	✓
9	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい	いいえ	✓
10	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	✓
11	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	✓
12	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(注)	はい	いいえ	✓
13	今日の予防接種について質問がありますか 質問内容()	はい	いいえ	✓

医師の記入欄
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) ★フルネームを自署でご記入ください
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 **健康 太郎**

★使用したワクチンメーカー名に○印は不要です。
ロットシールを貼付してください。
★コード入りの医療機関・医師ゴム印を押してください。
保護者(代理人)自署

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン			実施場所 11111健康医院
メーカー名 KMB00012 阪大衛研00005		左・右	医師名 健康太郎 12345
Lot No (ラベル貼付可) ビケン 9999	★接種年月日は鮮明に西暦4桁でご記入ください		
(注)有効期限が切れていないか要確認	西暦 20×× 年 ○ 月 ○ 日		

(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川崎病の治療目的、その他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。

RSウイルスワクチン感染症予防接種予診票(妊婦用)

記入例

※松江市に住民票のある人のみ接種できます。 ※太枠内を黒ボールペンで記入してください。(鉛筆は不可)

松江市

番 号			
住 所	松江市 末次町86		
氏 名	マツエ ハナコ	接種日当日28週0日から 36週6日かどうか	16歳未満は保護者の自署が必要
松江市に住民票があるか	松江 花子	0852	
氏 名	松江 花子	妊娠週数	36 週 0 日
生 年 月 日	昭和平成 22年 5 月 1 日生	年齢	満 15 歳
出 産 予 定 日	令和 8 年 4 月 29 日	診察前の体温	6 分

質問事項	医師記入欄の記載		医師記入欄
1 RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 →ある場合、それは今回の妊娠中ですか	はい	いいえ	✓
2 今日のRS母子免疫ワクチン予防接種について、市から配られている説明書と裏面を読みましたか	はい	いいえ	✓
3 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	✓
4 現在、何か病気にかかっていますか → □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □その他() →治療(投薬など)を受けていますか →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	✓
5 免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	✓
6 今日、体に具合の悪いところがありますか 症状()	はい	いいえ	✓
7 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	✓
8 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	✓
9 1か月以内に予防接種を受けましたか→種類() 接種日 月 日	はい	いいえ	✓
10 これまでに次の病気にかかったことがありますか □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □その他() →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	✓
11 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()	はい	いいえ	✓
12 今までに妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことがありますか。	はい	いいえ	✓
13 妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるようにいわれましたか。	はい	いいえ	✓
14 今日の予防接種について何か質問がありますか。質問内容()	はい	いいえ	✓

医師記入欄
問診の及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)と判断しました。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、説明しました。

医師署名 健康 太郎

自署(フルネーム) ※ゴム印不可

接種部位の記載

ロットシールを貼付

ワクチン名	RSウイルスワクチン(アプリスボ)	接種量	0.5ml	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	00009ファイザー	接種部位	右左 上腕三角筋	実施場所
Lot No. (ラベル貼付可)	アプリスボ 001			医師名
				健康太郎 12345
				接種年月日 西暦 2025 年 1 日

(注)有効期限が切れていないか要確認

RSウイルス感染症予防接種

医師の診察・説明を受け、理解した上で、接種を希望。この予診票は、予防接種のこのことを理解の上、本人又は保護者(受ける人が16歳未満の場合)の氏名を記入してください。

希望するかどうかには○をつけ、必ず接種する人(16歳未満は保護者)が署名をしてください。本人の同意を確認するものですので必ず署名の上接種を行ってください。

代筆者が代筆する場合は、接種を受ける人の氏名と代筆者氏名・続柄を両方ご記入ください。

本人又は保護者(受ける人が16歳未満の場合)の氏名 松江 梅子 (保護者続柄 母)

接種を希望します・接種を希望しません

本人又は保護者が自署できない場合は、代筆者氏名及び続柄

【接種の過誤発生時の対応】

事故発生

委託医療機関の対応

- 1 **対象者（保護者）への対応**
 - ① 対象者（保護者）へ状況報告及び謝罪
（異常所見が見られる時は、応急・救急処置を優先）
 - ② 医学的な観点からその影響と今後の対応について説明
- 2 **松江市への報告**
 - ① 状況報告（速やかに）
〔連絡先〕○松江市健康推進課予防接種室（保健福祉総合センター内）
電話：（0852）60-8173（平日8：30から17：15まで）
○松江市役所代表
電話：（0852）55-5555（平日17:15以降・土・日・祝日）
→予防接種室長へ連絡を要請
 - ② 対象者（保護者）への対応結果について報告
 - ③ 予防接種過誤報告書（資料10）・予診票写等の提出

松江市の対応

- 1 委託医療機関から報告を受けた後、上司へ報告（部長、事例により市長まで）
- 2 当該医療機関へ事実関係を調査
- 3 対象者（保護者）へ説明及び謝罪（事例により判断）
- 4 報告に基づき、予防接種委員会委員長と協議
- 5 「予防接種の過誤による事故の取り扱い基準」に基づき、予防接種委員会を開催し、対応を協議
- 6 事故報告書受理後、当該医療機関に対し、指導文書（市長名）を送付
- 7 島根県へ報告書等の提出

※優先度は番号順とする。

【接種の過誤発生時の対応（BCG擦過傷）】

BCG接種後の跡について、必ず目視で確認をする。
擦過傷を確認した場合は、速やかに以下の対応を行う。

委託医療機関の対応

1 対象者（保護者）への対応

- ① 対象者（保護者）へ状況報告及び謝罪
（異常所見が見られる時は、応急・救急処置を優先）
- ② 医学的な観点からその影響と今後の対応について説明
- ③ 委託医療機関が松江市立病院救急外来へ事前連絡と紹介状を作成の上、当日中に被接種者へ松江市立病院救急外来へ受診していただく。その旨を松江市への報告時に担当者へ速やかに報告する。

2 松江市への報告

- ① 状況報告（速やかに）
〔連絡先〕○松江市健康推進課予防接種室（保健福祉総合センター内）
電話：（0852）60-8173（平日8：30から17：15まで）
○松江市役所代表
電話：（0852）55-5555（平日17:15以降・土・日・祝日）
→予防接種室長へ連絡を要請
- ② 対象者（保護者）への対応結果について報告
- ③ 予防接種過誤報告書（資料10）・予診票写等の提出

松江市の対応

- 1 委託医療機関から報告を受けた後、上司へ報告（部長、事例により市長まで）
 - 2 当該医療機関へ事実関係を調査
 - 3 対象者（保護者）へ説明及び謝罪（事例により判断）
松江市立病院救急外来へ同行し、状況を確認する。必要に応じて調剤薬局へ軟膏の指示書を作成。 **※平日17:15以降・土・日・祝も対応します**
 - 4 報告に基づき、予防接種委員会委員長と協議
 - 5 「予防接種の過誤による事故の取り扱い基準」に基づき、予防接種委員会を開催し、対応を協議
 - 6 事故報告書受理後、当該医療機関に対し、指導文書（市長名）を送付
 - 7 島根県へ報告書等の提出
- ※優先度は番号順とする。

予防接種過誤報告書（A類疾病）

資料10

令和 年 月 日

（あて先）松江市長

報告者
 医療機関名 _____
 代表者氏名 _____
 報告者氏名 _____
 報告者職種 医師 ・ 看護師 ・ その他（ ） _____

被接種者	対象者名		性別	男 ・ 女	生年 月日	H・R	年	月	日生（ 歳 月）	
	住 所	松江市			電 話					
状況及び対応	接種日	令和 年 月 日								
	予防接種の種類 (✓をいれる)	<input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> タリックス <input type="checkbox"/> タテック <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> RSウイルス								
	接種過誤の内容 (✓をつける)	時期・回数	第	期	回目					
		<input type="checkbox"/> 対象者を間違えて接種を行った <input type="checkbox"/> 接種するワクチンの種類を間違えてしまった <input type="checkbox"/> 接種間隔を間違えてしまった <input type="checkbox"/> 接種量を間違えてしまった <input type="checkbox"/> 定期接種の回数を超える接種を行った <input type="checkbox"/> その他（ ）								
		過誤の内容・原因								
		・いつ ・だれが ・どのように ・なぜ起こったか わかるよう 具体的に								
本人・家族 等への説明 内容	対応日 令和 年 月 日 本人 ・ 家族（ ）へ説明									
被接種者 健康状況等	現時点の健康被害 有 ・ 無									
防止策	今後の再発防止策									
	・いつ ・だれが ・どのように実施 するか わかるよう 具体的に									

※添付書類：予診票及び診療録等

受付日時		受付者	
------	--	-----	--

予防接種後副反応疑い報告について

予防接種後副反応疑い報告は、予防接種法第 12 条第 1 項の規定に基づき、医師等が定期的予防接種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。

報告基準※に該当すると医療機関で診察をした場合は、**予防接種後副反応疑い報告書**を作成し、すみやかに（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）へ報告しなければなりません。報告方法は**電子報告システム**または**FAX（資料：予防接種後副反応疑い報告書）**での報告となります。

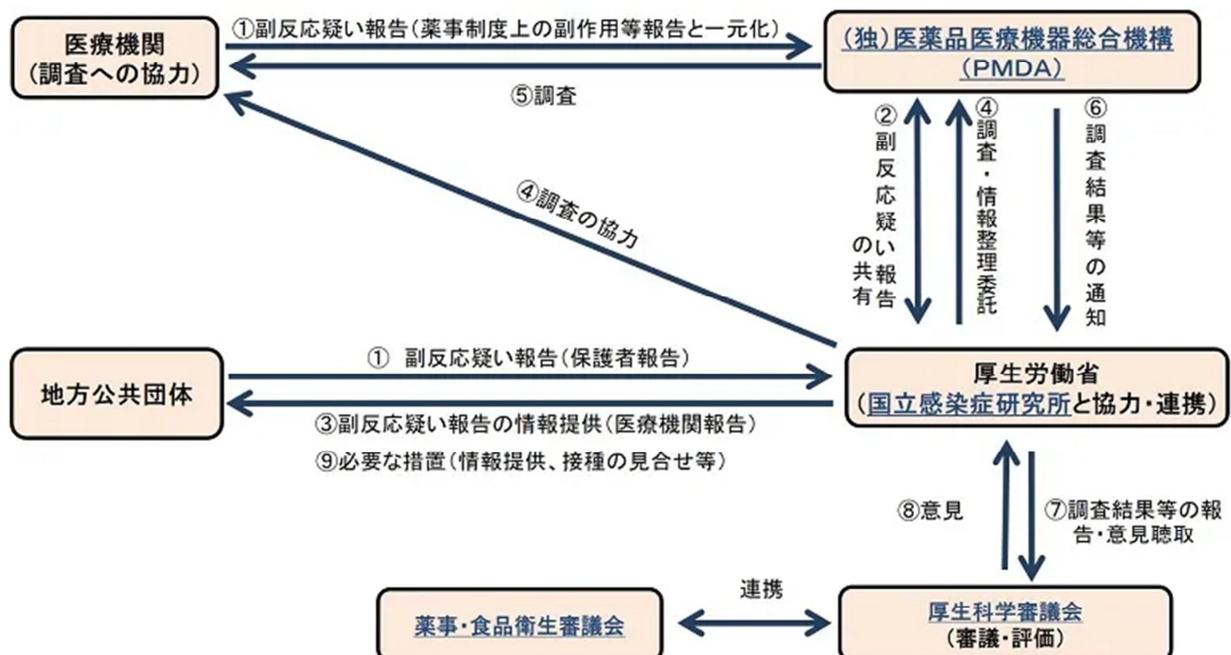
電子報告システム <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

※資料（別紙様式 1）参照

注意事項

- 副反応疑い報告は、発生した症状と予防接種との因果関係が必ずしも明らかでない場合であっても、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される場合には、報告対象となり得ます。
- 報告基準として設定した症状については、ワクチンとの関連によらず、接種後の発生までの時間以内に発生した場合が報告の対象です。例えば、アナフィラキシーについては、ワクチンとの関連によらず、接種後 4 時間以内に発生した場合が報告の対象です。
- 定期的予防接種以外の予防接種（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りません。
- 副反応疑い報告は医薬品医療機器等法に基づく報告としても取り扱うこととしております。そのため、医療機関から重ねて医薬品医療機器等法に基づく報告を行う必要はありません。

報告のながれ



(別紙様式 1)

報告先: (独)医薬品医療機器総合機構

電子報告: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

FAX番号(各種ワクチン共通): 0120-176-146

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種		<input type="checkbox"/> 任意接種		
患者 (被接種者)	氏名又はイニシヤル(姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシヤルを記載)	性別	1 男 2 女	接種時年齢	歳 月
	住所	都道府県	区市町村	生年月日	T H S R	年 月 日生
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他()				
	医療機関名				電話番号	
	住所					
接種場所	医療機関名					
	住所					
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)	ロット番号	製造販売業者名	接種回数		
	①			① 第 期(回目)		
	②			② 第 期(回目)		
	③			③ 第 期(回目)		
	④			④ 第 期(回目)		
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出生体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)		
	接種前の体温	度 分	家族歴			
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)					
	1 有 2 無					
症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)				
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分				
	本剤との因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因(他の疾患等)の可能性の有無	1 有 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					

(別紙様式1)

	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	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 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) 5 その他の反応	4時間 28日 28日 — —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレー症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 —	
	ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレー症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎(これに類する症状であって、上腕 から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	

<注意事項>

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発症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、ヒトパピローウイルス感染症の定期的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピローウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性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、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/hep/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)

ご利用ください!



報告受付サイト

手書きしていた報告書を **すぐに入力! すぐに報告!**
オンラインで

副作用

不具合

感染症

副反応疑い

報告受付サイトとは?



医薬品



医療機器



再生医療等
製品



医薬部外品
・化粧品



ワクチン



パソコンやタブレット端末から、PMDAの電子報告システム「報告受付サイト」を利用して、上記製品の副作用、不具合、副反応疑いなどの報告ができます!

医療の現場で起こった医薬品の副作用や医療機器の不具合などは、医薬関係者がPMDAに報告することになっています。



報告受付サイトの **特 色**

業務の合間に少しずつ作業を進めたり、提出書類の確認ができるなど、報告書の作成から提出まで効率よく行えます。

報告書作成

一部選択肢から
入力可能



作成中の報告書の
一時保存、再読込みが
できる

保存

提出

メールで提出完了が
すぐわかる

提出完了の
お知らせ



提出後

追加の報告・
類似報告作成

コピー、編集機能を用いて報告書を
再作成できる

PMDA は、厚生労働省と連携して、
国民の健康・安全の向上に取り組んでいます。





報告受付サイト ご利用方法

1 新規登録、ログイン

PMDAホームページより「報告受付サイト」のページへアクセスし、ログイン画面の新規登録ボタンをクリックします。登録が完了したらログインしてください。

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



報告受付サイト



2 報告一覧画面

報告一覧画面より、作成予定の報告書を選択します。



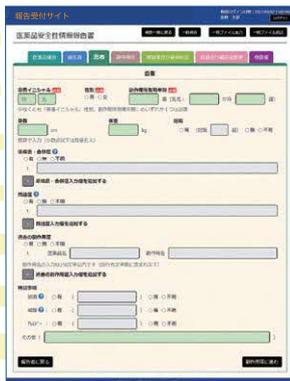
◀初回利用の場合



◀報告書登録済みの場合

3 報告書の入力

報告者や副作用等の情報を各画面にて入力します。



◀患者情報画面



▶調査票画面

4 報告書の提出

提出後、提出完了のお知らせメールが送信されます。



※実際の画面とは異なる場合があります

皆さまからの報告を起点に、厚生労働省、PMDA、製造販売業者など、医療にかかわる人たちが報告情報を活用することで、日本の医療を支えています。

皆さまからの報告がとても大切です！



報告受付サイト

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

報告受付サイト

検索



独立行政法人 医薬品医療機器総合機構
Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

<https://www.pmda.go.jp>

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

コッホ現象報告書について

4 結核の定期接種

(1) 結核の予防接種は、経皮接種用乾燥BCGワクチン（以下「BCG」という。）を使用し、生後5月に達した時から生後8月に達するまでの期間を標準的な接種期間として1回行うこと。ただし、結核の発生状況等市町村の実情に応じて、上記の標準的な接種期間以外の期間に行うことも差し支えない。

(2) コッホ現象について

健常者がBCGを初めて接種した場合は、接種後10日頃に針痕部位に発赤が生じ、接種後1月から2月までの頃に化膿巣が出現する。

一方、結核菌の既感染者にあつては、接種後10日以内に接種局所の発赤・腫脹及び針痕部位の化膿等を来し、通常2週間から4週間後に消炎、瘢痕化し、治癒する

一連の反応が起こることがあり、これをコッホ現象という。これは、BCG再接種においてみられる反応と同一の性質のものが結核菌感染後の接種において比較的強く出現したものである。

(3) コッホ現象出現時の対応

ア 保護者に対する周知

市町村は、予防接種の実施に当たって、コッホ現象に関する情報提供及び説明を行い、次の事項を保護者に周知しておくこと。

(ア) コッホ現象と思われる反応が被接種者にみられた場合は、速やかに接種医療機関を受診させること。

(イ) コッホ現象が出現した場合は、接種局所を清潔に保つ以外の特別の処置は不要である。反応が起こってから、びらんや潰瘍が消退するまでの経過がおおむね4週間を超える等治癒が遷延する場合は、混合感染の可能性もあることから、接種医療機関を受診させること。

イ 市町村長におけるコッホ現象事例報告書の取扱い

市町村長は、あらかじめ様式第七のコッホ現象事例報告書を管内の医療機関に配布し、医師がコッホ現象を診断した場合に、保護者の同意を得て、直ちに当該被接種者が予防接種を受けた際の居住区域を管轄する市町村長へ報告するよう協力を求めること。(資料15 コッホ現象事例報告書)

また、市町村長は、医師からコッホ現象の報告を受けた場合は、保護者の同意を得て、コッホ現象事例報告書を都道府県知事に提出すること。

ウ 都道府県知事のコッホ現象事例報告書の取扱い

都道府県知事は、市町村長からコッホ現象の報告を受けた場合は、厚生労働大臣宛てにコッホ現象事例報告書の写し（個人情報に係る部分を除く。）を提出すること。

エ コッホ現象事例報告書等における個人情報の取扱い

イにおいて、保護者の同意が得られない場合は、個人情報を除く事項をそれぞれ報告及び提出すること。

コッホ現象事例報告書

(あて先) 松江市長

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	か月)	BCG ワクチンロット
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 非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、 その他 ()			
	IGRA (実施の場合：QFT, T-Spot TB) 結果				
	胸部エックス線検査所見	事後措置／転帰 終了 (異常所見又は症状出現時受診) 経過観察 (月後) 潜在性結核感染症治療			
	CT (実施の場合)	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 _____

**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について**

予防接種法に基づく定期予防接種については、接種対象年齢が定められていますが、定期予防接種の対象であった期間に、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、やむを得ずその予防接種を受けることができなかつたと認められる人は、定められた接種対象年齢を超えていても定期予防接種を受けることができる場合があります。

定期接種を受けるためには、松江市に申請が必要です。申請には主治医の理由書(資料 17)が必要となります。市民からご相談があった場合は、ご協力をお願いいたします。

(※下記の対象者に該当する疾病にかかったことのある人又はかかっている人が一律に対象であるということではありません。該当理由書の記載の判断は、医師により行われます。)

対象となる予防接種

1 A 類疾病(こども)の定期予防接種

BCG・不活化ポリオ・五種混合・三種混合・二種混合・麻しん・風しん・麻しん風しん混合(MR)・日本脳炎・子宮頸がん予防・ヒブ・小児の肺炎球菌・水痘・B 型肝炎

※ロタは対象外

2 B 類疾病(高齢者)の定期予防接種

高齢者の肺炎球菌感染症、高齢者の带状疱疹

※高齢者のインフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種は対象外

対象者

松江市に住民登録のある、次の 1 から 4 までに該当する人(※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 厚生労働省令で定める疾病にかかった人

(ア)重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症、その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

(イ)白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

(ウ)上記の(ア)または(イ)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、別表に掲げるとおりです。

2 臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた人

3 医学的知見に基づき 1 または 2 に準ずると認められる人

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

対象期間

1 A 類疾病(こども)の定期予防接種

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情がなくなった日から **2 年以内**

※ただし、ヒブは 10 歳未満、小児の肺炎球菌は 6 歳未満、五種混合は 15 歳未満、BCG は 4 歳未満までの年齢制限があり、これを超えた場合は 2 年以内であっても対象となりません。

2 B 類疾病(高齢者)の定期予防接種

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情がなくなった日から **1 年以内**

別表(対象疾病の例)

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EBウイルス感染症 慢性GVHD(Graft Versus Host disease、移植片対宿主病) 骨髓異形成症候群 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

分類	名称
	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

分類	名称
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

分類	名称
	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

(あて先) 松江市長

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1条の3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	松江市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名 生年月日	(男 ・ 女) 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)	
予防接種不相当要因が生じた日		年 月 日	
予防接種不相当要因が解消された日		年 月 日 ※左記から2年間は接種可能 (高齢者肺炎球菌及び高齢者帯状疱疹については1年間)	
接種可能となった予防接種の種類	ワクチン種類	回 数	
	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	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	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	
	B C G		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) 1期追加	
	水痘	1回目・2回目	
	麻疹風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期	
	麻疹	1期・2期	
	風しん	1期・2期	
	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	
	高齢者肺炎球菌	1回目	
	高齢者帯状疱疹(生ワクチン)	1回目	
高齢者帯状疱疹(不活化ワクチン)	1回目・2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、本理由書が県及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者・本人自署 続柄()

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

住 所

法人名・医療機関名

代表者職名・代表者名

医療機関情報変更届

令和 年 月 日付で下記のとおり変更がありましたのでお知らせします。

記

1. 変更内容 (変更のある番号のみ記載すること)

	新		旧	
①医療機関名 (法人化でない 場合)				
②法人名・医療 機関名(法人化 する場合) (法人登記簿の 写しを添付する こと)				
③住 所				
④代表者職名				
⑤代表者名				
⑥振込口座 (通帳の写しを 添付すること)	銀行 支店		銀行 支店	
	預金種目	普通・当座	預金種目	普通・当座
	口座名義人名(カナ)		口座名義人名(カナ)	
	口座番号		口座番号	

2. 添付書類 (②または⑥の変更の場合)

承 諾 書

松江市が行う予防接種について、その実施に協力することを承諾します。

記

1 予防接種名 : A 類疾病定期予防接種

2 期 間 : 令和 年 月 日～令和 年 月 日

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

所在地 _____

法人名及び

医療機関名 _____

代表者職名 _____

代表者氏名 _____

接種医師の氏名 (表に記入してください。押印は不要です。)

フリガナ 1	フリガナ 4
フリガナ 2	フリガナ 5
フリガナ 3	フリガナ 6

記入例

026) 年度 松江市A類疾病予防接種業務委託 不足物品連絡票

不足した場合は、この用紙に必要部数を記入し、FAXでお知らせください。
 ※必要数のみご連絡いただきますようご協力をお願いします。

FAX 送信日	月 日 ()	[医療機関名]	色付きの部分を記入します
物品受取日 (日時指定不可)	(受け取り場所が健康推進課の場合) ・送信日から2営業日以降 (受け取り場所が支所市民生活課の場合) ・送信日から5営業日以降 (市外郵送の場合) ・送信日の翌日までに郵送		
受取場所 ※いずれかに 【○】記入	【 】 保健福祉総合センター1F 健康推進課 【 】 () 支所 市民生活課 【 】 郵送 (松江市外医療機関のみ)		

受取場所を選択して○を
つけます。
受取日は指定できませ
ん。上記物品受取日以降
に取りに来てください。

A類疾病 物品一覧

種別	名称	英語	数量				2期
			全部	1回目	2回目	3回目	
接種できなかった人用予診票	1 B型肝炎予診票 (接種できなかった人用)	○	3				
	2 ロタ予診票 (接種できなかった人用)						
	3 小児用肺炎球菌 予診票 (接種できなかった人用)			5	10	10	10
	4 Hib予診票 (接種できなかった人用)						
	5 五種混合予診票 (人用)			10			
	6 三種混合予診票 (人用)						
	7 DT予診票 (接種できなかった人用)						5
	8 BCG予診票 (接種できなかった人用)						
	9 水痘予診票 (接種できなかった人用)						
	10 麻しん風しん混合予診票 (接種できなかった人用)						
	11 日本脳炎予診票 (接種できなかった人用)						
	12 日本脳炎特例予診票 (接種できなかった人用)						
	13 Hib予診票 (接種できなかった人用)						
	14 HPV予診票 (接種できなかった人用)						
差し替え予診票	15 日本脳炎差し替え用予診票						
	16 五種混合差し替え用予診票						
	17 三種混合差し替え用予診票						
	18 Hib差し替え用予診票						
予診票	19 RSウイルス予診票						
シール	20 小児用肺炎球菌20価用シール				5		
ちらし	21 RSウイルス妊婦向けちらし						
	22 RSウイルス 説明書						

英語の予診票が必要な場合○

すべての回数の子診票が必要な場合はこちら
(回数によって必要枚数が異なる場合はそれぞれ
の回数に記入してください)

今後は物品の不足が生じた場合は、追加依頼は電話ではな
く、こちらの連絡票をFAXで送付してください。