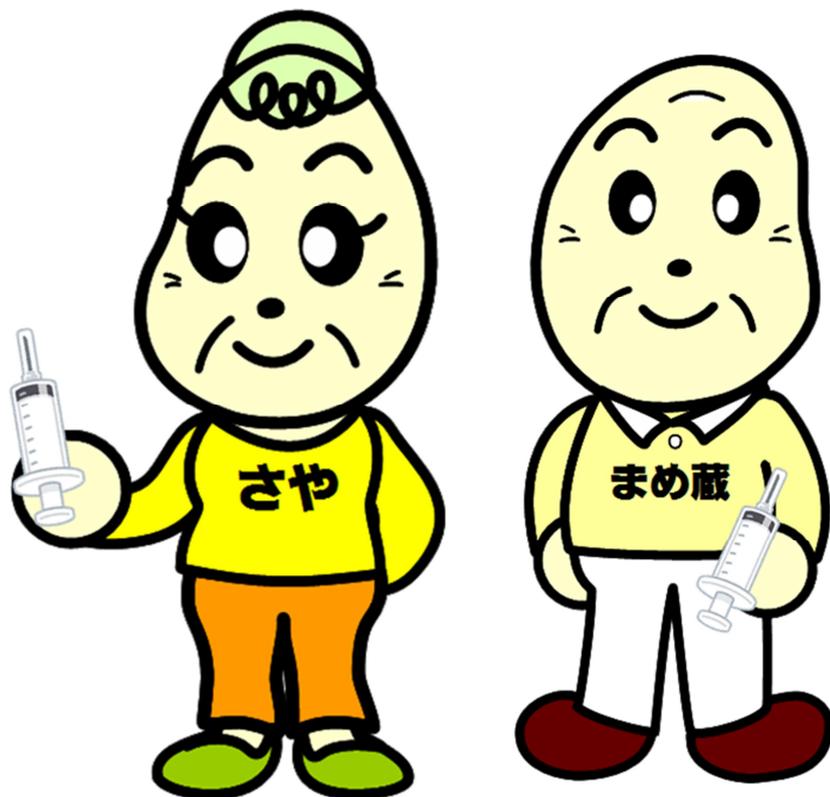


# 松江市定期予防接種マニュアル

(B類：高齢者肺炎球菌・高齢者带状疱疹)



令和8年度版

松江市健康推進課予防接種室

# 目次

1 肺炎球菌予防接種・带状疱疹予防接種～対照表～.....	資料 1
2 令和 8 年度 松江市高齢者肺炎球菌定期予防接種・高齢者带状疱疹 定期予防接種 Q&A.....	資料 2
3 認知症等により本人の意思確認が容易ではない方に対する定期の予防接種 に関する疑義解釈について (令和 7 年 3 月 21 日付厚生労働省事務連絡) .....	資料 3
4 接種時の確認事項	
(1) 予防接種 過誤防止のマニュアル (B 類版) .....	資料 4
(2) 予診票及び接種済証 記入の注意事項.....	資料 5
(3) 接種前確認チェック表.....	資料 6
5 接種後の対応	
(1) 接種の過誤発生時の対応.....	資料 7
ア 予防接種過誤報告書【原本：コピーして使用】 .....	資料 8
(2) 予防接種後副反応疑い報告について.....	資料 9
ア 予防接種後副反応疑い報告書 (別紙様式 1) 【原本：コピーして使用】 .....	資料 10
イ 報告受付サイトについて.....	資料 11
(3) 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 12
イ 特例措置対象者該当理由書【原本：コピーして使用】 .....	資料 13
6 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 14
(2) 承諾書 (契約後、接種医師が追加になった場合) 【原本：コピーして使用】 .....	資料 15

## 7 配付物品が不足した場合

### (1) 松江市 B 類疾病予防接種業務委託 不足物品連絡票

【原本：コピーして使用】 ..... 資料 16

## 8 参考資料

(1) 高齢者肺炎球菌のワクチン変更に伴う予診票の差し替え方法..... 資料 17

(2) 高齢者帯状疱疹 対象者早見表..... 資料 18

令和8年度  
松江市高齢者肺炎球菌予防接種・高齢者带状疱疹予防接種  
～対照表～

種類	高齢者肺炎球菌	高齢者带状疱疹																									
接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日																										
対象者	松江市に住民登録がある人（住んでいても、住民登録が松江市でない場合は対象外） 【例外】松江市に住民票がないが、特別な事情で松江市が認めた人																										
	① 接種日に満65歳の人  ② 接種日に満60歳以上満65歳未満の人で、心臓・じん臓・呼吸器等に重い疾患がある人、及び、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能の障がいがある人  <table border="1"> <thead> <tr> <th>接種日年齢</th> <th>生年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60～64歳</td> <td>昭和37年4月2日～昭和42年4月1日</td> </tr> </tbody> </table> 【注意】上記のうち、59歳は接種不可	接種日年齢	生年月日	60～64歳	昭和37年4月2日～昭和42年4月1日	① 令和8年度に下記の年齢になる人  <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度年齢</th> <th>生年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65歳</td> <td>昭和36年4月2日～昭和37年4月1日</td> </tr> <tr> <td>70歳</td> <td>昭和31年4月2日～昭和32年4月1日</td> </tr> <tr> <td>75歳</td> <td>昭和26年4月2日～昭和27年4月1日</td> </tr> <tr> <td>80歳</td> <td>昭和21年4月2日～昭和22年4月1日</td> </tr> <tr> <td>85歳</td> <td>昭和16年4月2日～昭和17年4月2日</td> </tr> <tr> <td>90歳</td> <td>昭和11年4月2日～昭和12年4月1日</td> </tr> <tr> <td>95歳</td> <td>昭和6年4月2日～昭和7年4月1日</td> </tr> <tr> <td>100歳</td> <td>大正15年4月2日～昭和2年4月1日</td> </tr> </tbody> </table> ② 接種日に満60歳以上満65歳未満の人で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能の障がいがある人  <table border="1"> <thead> <tr> <th>接種日年齢</th> <th>生年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60～64歳</td> <td>昭和37年4月2日～昭和42年4月1日</td> </tr> </tbody> </table> 【注意】上記のうち、59歳は接種不可	年度年齢	生年月日	65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日	70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日	75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日	80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日	85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月2日	90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日	95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日	100歳	大正15年4月2日～昭和2年4月1日	接種日年齢	生年月日	60～64歳
接種日年齢	生年月日																										
60～64歳	昭和37年4月2日～昭和42年4月1日																										
年度年齢	生年月日																										
65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日																										
70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日																										
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日																										
80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日																										
85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月2日																										
90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日																										
95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日																										
100歳	大正15年4月2日～昭和2年4月1日																										
接種日年齢	生年月日																										
60～64歳	昭和37年4月2日～昭和42年4月1日																										
使用ワクチン	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン	乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン) 乾燥組換え带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン) どちらかのワクチンを使用																									
予診票(色)	紫色	桃色																									
(種類)	①65歳以上用 ②60～64歳用	・1回目：① 65歳以上用 ② 60～64歳用 ・2回目(不活化ワクチンのみ)： ①-2 65歳以上用 ②-2 60～64歳用																									
(持参の有無)	対象者が持参 (黄緑色の予診票は紫色に差し替えが必要)	①、②、②-2は対象者が持参 ①-2(65歳以上の不活化ワクチン2回目)は医療機関備え付けの予診票を使用																									
接種済証(色)	紫色	桃色																									
	A4用紙(1シート6人分)を切り離して渡す (健康手帳等に貼付して保管するよう説明)																										
接種回数	1回	生ワクチン 1回 不活化ワクチン 2回																									
自己負担金(消費税込)	4,500円	生ワクチン 2,500円 不活化ワクチン 9,000円(1回あたり)																									
	(対象者のうち生活保護受給者は無料、証明書が必要)																										
委託料(消費税込)	接種者 11,418円 接種不相当者 3,201円	接種者 生ワクチン 8,448円 不活化ワクチン 21,648円 接種不相当者 3,201円																									
請求・提出	翌月10日までに松江市健康推進課予防接種室へ請求書及び予診票を提出する																										
副反応疑い報告	独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX (FAX番号 0120-179-146)で報告する																										

# 令和 8 年度 松江市高齢者肺炎球菌予防接種・ 高齢者带状疱疹予防接種 Q&A

## 目次

### 1 対象者について

- Q①：肺炎球菌の満 65 歳、带状疱疹の 65 歳以上の対象者の確認は？ . . . . . 3
- Q②：満 60 歳から満 65 歳未満の対象者の確認は？ . . . . . 3
- Q③：松江市に住民票がない人だが、宛名シールの貼ってある松江市の予診票を持ってきた場合、実施してよいか？ . . . . . 4
- Q④：過去に接種したことがある人は対象か？ . . . . . 4
- Q⑤：過去に罹患したことがある人は対象か？ . . . . . 4
- Q⑥：带状疱疹予防接種について、令和 8 年度に 65 歳になる人で、令和 8 年度中に接種しなかった場合、5 年後の 70 歳になる年度で対象となり接種できるか？ . . . . . 4
- Q⑦：带状疱疹予防接種について、定期接種化前に不活化ワクチン 1 回目を任意接種している場合、残りの接種の取り扱いは？ . . . . . 5
- Q⑧：認知症等で本人の意思確認が容易ではない人の予防接種は実施してよいか？ . . . . . 5
- Q⑨：介護保険証や後期高齢者医療被保険者証等の住所地特例の人の取り扱いは？ . . . . . 5

### 2 予診票について

- Q①：市民への予診票の配布方法は？ . . . . . 5
- Q②：対象者で、予診票がないと言われた場合どうしたらよいか？ . . . . . 6
- Q③：带状疱疹予防接種について、対象者で定期接種前に不活化ワクチン 1 回目を任意接種している場合、どの予診票で 2 回目の接種をしたらよいか？ . . . . . 6

### 3 ワクチンについて

- Q①：带状疱疹予防接種について、2 種類のワクチンの違いは？ . . . . . 6

### 4 予診票の記入について

- Q①：高齢者から「予診票」が記入できないため、代筆を頼まれた場合、対応してもよいか？ 7
- Q②：施設等で接種する場合「予診票」を家族が事前に記入してもいいか？ . . . . . 7
- Q③：予診票の「接種を受ける人の氏名」欄について、視覚障がい等で、本人が自署ができない場合どうしたらよいか？ . . . . . 7
- Q④：予診票の「接種を受ける人の氏名」欄について、医師や看護師が代筆者としてを署名してもよいか？ . . . . . 7
- Q⑤：成年後見人がいる人は、成年後見人の署名でよいか？ . . . . . 8
- Q⑥：医師署名欄は、代診の医師でもよいか？ . . . . . 8

### 5 接種について

- Q①：予防接種の対象者の意思確認が困難な場合、家族の希望で接種はできるか？ . . . . . 8
- Q②：带状疱疹予防接種について、不活化ワクチンを用いる場合 1 回目と 2 回目の接種間隔は？ . . . . . 8
- Q③：带状疱疹予防接種について、不活化ワクチンを用いる場合、1 回目の接種から 6 か月までに 2 回目の接種を完了することが望ましいとあるが、6 か月を過ぎて 2 回目を接種した場合、定期接種の扱いにならないか？ . . . . . 9
- Q④：他のワクチンと同時接種ができるか？ . . . . . 9
- Q⑤：他のワクチンとの接種間隔について制限はあるか？ . . . . . 9
- Q⑥：長期療養特例とは？ . . . . . 9

6	接種費用について	
	Q①：自己負担金が無料になる人は？	9
7	副反応疑い報告について	
	Q①：予防接種後副反応疑い報告の報告基準の症状の欄の「その他の反応」とはどんな状態か？	10

## 1 対象者について

**Q①：肺炎球菌の満 65 歳、带状疱疹の 65 歳以上の対象者の確認は？**

**A①：【肺炎球菌の場合】**

対象者には「お知らせ文」と「予診票」を郵送しています。

予防接種の予約の際に「お知らせ文」と「予診票」を持参してもらうことを説明し、予診票（黄緑色の予診票は医療機関で差し替えが必要）を持参していること、マイナンバーカード等で対象者の生年月日・対象年齢（接種日に満 65 歳であること）を確認のうえ、接種を実施してください。

（予診票の差し替え方法については、資料 17「高齢者肺炎球菌のワクチン変更に伴う予診票の差し替え方法）をご確認ください）

**【带状疱疹の場合】**

対象者には、「お知らせ文」と 1 回目接種の「予診票」 を郵送しています。

1 回目の予防接種の予約の際に「お知らせ文」と「予診票」を持参してもらうことを説明し、令和 8 年度の予診票を持参していること、マイナンバーカード等で対象者の生年月日・対象年齢を確認し、接種を実施してください。

2 回目の不活化ワクチンの予診票については、医療機関に備え付けの 2 回目予診票を対象者にお渡しすることになります。接種前にマイナンバーカード等で対象者の生年月日・対象年齢を確認し、接種を実施してください。

**※肺炎球菌・带状疱疹共通のお願い※**

対象と思われる人で予診票が届いていない場合は、接種前に必ず健康推進課予防接種室（電話 0852-60-8173）まで、お問い合わせいただくようご案内ください。

**Q②：満 60 歳から満 65 歳未満の対象者の確認は？**

A②：60 歳以上 65 歳未満の対象者には、「お知らせ文」と「令和 8 年度の予診票」（高齢者带状疱疹は 1 回目と 2 回目の 2 枚）を郵送しています。「予診票」には宛名シールを貼付し、【60～64 歳】と記載しています。

予約の際に「お知らせ文」と「予診票」を持参してもらうことを説明し、マイナンバーカード等で対象者の生年月日・対象年齢を確認し、持参した宛名シールの貼付してある予診票で接種を実施してください。

対象と思われる人で予診票が届いていない場合は、接種前に必ず健康推進課予防接種室（電話 0852-60-8173）までお問い合わせいただくようご案内ください。（医療機関の判断で、医療機関配置の予診票で予防接種を実施しないでください。）

なお、60 歳以上 65 歳未満の対象者は肺炎球菌と带状疱疹で次のとおり異なります。

（次ページの表を参照）

◎肺炎球菌

- ・心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障がいをする人
- ・ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいをする人

◎带状疱疹

- ・ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいをする人
- ※上記以外の障がいをお持ちの人は対象ではありません※

**Q③：松江市に住民票がない人だが、宛名シールの貼ってある松江市の予診票を持ってきた場合、実施してよいか？**

A③：松江市に住民票がないが、特別な事情があり、松江市の定期予防接種を受けてよいと認められた人については、個別に予診票を送付しています。Q②の満60歳から満65歳未満の対象者と同様に、予診票に宛名シールを貼付しています（宛名シールの右下に「②」と記入してあります。）ので、持参した予診票で実施してください。

**Q④：過去に接種したことがある人は対象か？**

A④：【肺炎球菌の場合】

定期接種で23価肺炎球菌ワクチンを接種した人は対象になりません。

また、任意接種で23価肺炎球菌ワクチンや20価肺炎球菌ワクチンを接種した人は基本的には対象となりませんが、当該予防接種を行う必要があると医師が判断する場合は対象となります。

【带状疱疹の場合】

基本的には対象となりませんが、当該予防接種を行う必要があると医師が判断する場合は、対象となります。

**Q⑤：過去に罹患したことがある人は対象か？**

A⑤：過去に肺炎や肺炎球菌感染症、带状疱疹に罹患したことがある人も定期接種の対象となります。

**Q⑥：带状疱疹予防接種について、令和8年度に65歳になる人で、令和8年度中に接種しなかった場合、5年後の70歳になる年度で対象となり接種できるか？**

A⑥：対象者が定期予防接種を受けられるのは、当該年度の1年間のみに限られます。

したがって、令和8年度の対象者は令和8年度中（令和8年4月1日から令和9年3月31日まで）のみ定期予防接種を受けることができます。来年度以降に予防接種を受ける場合は、任意接種扱いとなり、全額自己負担での接種となります。

（資料18「高齢者带状疱疹 対象者早見表」をご活用ください。）

**Q⑦：帯状疱疹予防接種について、定期接種化前に不活化ワクチン1回目を任意接種している場合、残りの接種の取り扱いは？**

A⑦：当該年度の対象者であれば、残りの接種（不活化ワクチン2回目）については、定期接種として取り扱い可能です。（予診票については、6ページの2予診票についてQ③参照）

**Q⑧：認知症等で本人の意思確認が容易ではない人の予防接種は実施してよいか？**

A⑧：B類の予防接種は、本人に接種を受ける努力義務がないため、自らの意思で接種を希望していることを確認のうえ、接種を行うことができます。認知症等で本人の意思確認を行うことが難しい場合は、家族やかかりつけ医、高齢者施設の従事者等、日頃から身近に寄り添い意思疎通を図っている人の協力を得て本人の接種の意向を丁寧にくみ取ったうえで接種を実施することは可能です。（[資料3](#) 参照）

**Q⑨：介護保険証や後期高齢者医療被保険者証等の住所地特例の人の取り扱いは？**

A⑨：住所地特例とは、住所変更前の市町村から松江市の介護保険施設等に入所し、住所を施設所在地に変更した場合に、従来居住していた（住所変更前の）市町村を保険者として、引き続き被保険者証を利用する制度です。よって、保険者が他市町村であっても住民票の住所が松江市ですので、対象の年齢の人であれば対象者となります。逆に、松江市に居住していた人が、他市町村の介護施設等に入所し、住所を他市町村の施設地に変更された場合は、保険者が松江市であっても住民票の住所が他市町村となるので対象者となりません。

## 2 予診票について

**Q①：市民への予診票の配布方法は？**

**A①：【肺炎球菌の場合】**

ワクチン切替に伴い、対象者には「お知らせ文」と次のとおり「予診票」を郵送しています。

対象者の誕生日	昭和35年4月2日生まれ～ 昭和36年3月31日生まれ	昭和36年4月1日生まれ以降
郵送する予診票	黄緑色（23 価用）	紫色（20 価用）
予診票の差し替え	必要	不要

黄緑色の予診票は差し替えが必要です。医療機関にお配りしている紫色の予診票に必要な事項を転記し、ホッチキスどめしてください。（予診票の差し替え方法については、令和8年1月20日付で郵送しております、[資料17](#)「高齢者肺炎球菌のワクチン変更に伴う予診票の差し替え方法」をご確認ください）

**【带状疱疹の場合】**

65歳以上の対象者については1回目の予診票（生ワクチン・不活化ワクチン共通）を郵送します。

1回目の接種は郵送されてきた予診票を使用して行ってください。

1回目に不活化ワクチンを接種された場合は、可能な限り同じ医療機関で2回目の予約を取ってお帰りいただくようにしてください。その時に、医療機関に備え付けの2回目の予診票をお渡しいただき、2回目の接種時に持参いただくようにしてください。

60歳以上65歳未満の対象者には、**1回目・2回目（不活化ワクチンのみ）の予診票**を郵送しています。接種の際は、郵送されてきた予診票をお使いください。**（医療機関に備え付けの2回目予診票は65歳以上の対象者の予診票なので使用しないでください。）**

なお、当日接種できなかった人用の予備予診票（1回目）は医療機関にお配りしていますので、該当がございましたら対象者にお渡しください。2回目接種の際に当日接種できなかった人に対しては、医療機関に備え付けの2回目の予診票をご利用ください。

**Q②：対象者で、予診票がないと言われた場合どうしたらよいか？**

A②：松江市健康推進課予防接種室で予診票の発行手続きをしてもらうよう、ご案内ください。  
医療機関にお配りしている、「**当日接種できなかった人用**」の予備の予診票を使用しないようお願いします。

**Q③：带状疱疹予防接種について、対象者で定期接種前に不活化ワクチン1回目を任意接種している場合、どの予診票で2回目の接種をしたらよいか？**

A③：医療機関に配置している2回目の予診票をご利用ください。  
なお、該当する人には、予約などの際に郵送されてきた予診票（1回目）を持参いただくよう、説明してください。2回目の予診票とともに持参された1回目の予診票を、健康推進課予防接種室へ提出してください。

### 3 ワクチンについて

**Q①：带状疱疹予防接種について、2種類のワクチンの違いは？**

A①：

種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	乾燥組換え带状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)
接種回数	1回	2回
1回あたりの自己負担額	2,500円	9,000円
医療機関での支払い合計額	2,500円	18,000円
1回あたりの医療機関への委託料	8,448円	21,648円
接種方法	皮下注射(0.5ml/1回) (インフルエンザと同じ)	筋肉内注射(0.5ml/2回) (新型コロナと同じ)
発症予防効果	4割程度	9割程度

持続性	5年程度	10年程度
副反応 ※通常数日以内に消失します。	30%以上：発赤 10%以上：接種部位の痛み・腫れ かゆみ、熱感 その他	70%以上：接種部位の痛み 30%以上：発赤、筋肉痛、疲労 10%以上：接種部位の腫れ 痛み発熱、頭痛 その他
接種できない人	病気や治療により、免疫が低下している人	免疫の状態に関わらず接種可能
接種に注意が必要な人	輸血やガンマグロブリンの注射を受け、治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた人は治療後6か月以上間隔を空ける	筋肉内に接種するため、血小板減少症や凝固障がいをもつ人、抗凝固療法を実施されている人

#### 4 予診票の記入について

**Q①：高齢者から「予診票」が記入できないため、代筆を頼まれた場合、対応してもよいか？**

A①：「予診票」の太枠の中の質問事項等については、読み上げたうえで、代わりに医療機関で記入することは可能です。（※自署欄については、Q3、Q4を要確認。）

**Q②：施設等で接種する場合「予診票」を家族が事前に記入してもいいか？**

A②：「予診票」は、当日の体調などを記入するため事前に家族が記入することはできません。当日家族が同伴し、本人の接種意思を確認のうえ記入することは可能です。（※自署欄については、Q3を要確認。）

**Q③：予診票の「接種を受ける人の氏名」欄について、視覚障がい等で、本人が自署ができない場合どうしたらよいか？**

A③：本人が意思表示として「-」や「？」等の記載ができれば、自署の代わりとして取り扱いが可能です。「カタカナ」や「ひらがな」の記載も署名となります。また、代筆者が代筆することも可能です。予診票下部の接種を受ける人の氏名欄に、代筆者が「接種を受ける人の氏名」を代筆し、「代筆者の氏名」と「続柄」の欄も記入してください。（※Q4を要確認）

**Q④：予診票の「接種を受ける人の氏名」欄について、医師や看護師が代筆者としてを署名してもよいか？**

A④：医療従事者（医師・看護師・施設長・施設管理者）が代筆者の署名をすることはできません（医療関係者が積極的に接種を勧めたように思われるため）。代筆者署名は、家族、介護福祉士、身の回りの世話をしているお手伝いさん、ヘルパー、民生委員等が可能です。（続柄に本人との関係をご記入ください。）（令和4年9月16日 厚生労働省に問い合わせた結果）

**Q⑤：成年後見人がいる人は、成年後見人の署名でよいか？**

A⑤：成年後見人の署名で接種可能です。

**Q⑥：医師署名欄は、代診の医師でもよいか？**

A⑥：松江市が実施する予防接種は、承諾書を提出した医師による接種となります。承諾書に記載のない医師の接種については、定期接種として取り扱えません。

接種医師が変更になった場合は、あらかじめ健康推進課に連絡し、**資料15**承諾書の提出をお願いします。また「予診票」には、**必ず接種した医師のフルネームを自署**をお願いします。

## 5 接種について

**Q①：予防接種の対象者の意思確認が困難な場合、家族の希望で接種はできるか？**

A①：B類疾病の予防接種は、接種の努力義務がなく、個人の発病・重症化防止を目的に行うものであり、対象者が接種を希望していることの確認が必要なため、**家族の希望のみでは接種できません。ただし、家族またはかかりつけ医の協力により本人の意思確認をすることは認められ、本人の意思確認ができた場合は接種することができます。**

**Q②：带状疱疹予防接種について、不活化ワクチンを用いる場合1回目と2回目の接種間隔は？**

A②：標準的には1回目から**2か月の間隔を**おいて2回目を接種します。

ただし、疾病または治療により免疫不全である人、免疫機能が低下した人または免疫機能が低下する可能性がある人等で、医師が早期の接種が必要と判断したものについては、**1回目の接種から1か月以上の間隔を**おいて2回目を接種しても差し支えありません。

2回目の予診票に、医師の判断により接種間隔を2か月から1か月へ短くしたことを示す「**免疫機能の低下等により2か月未満での接種が必要**」というチェック欄を追加しています。

【注意】

「2か月の間隔を

例1) 4月10日に接種した場合、6月10日以降に接種可能。

例2) 7月31日に接種した場合、10月1日以降に接種可能。

※同日が存在しない場合は、最終日(9月30日)で2か月が経過と考えるため、接種可能日は10月1日

**【注意】「2か月の間隔」は、60日間でも8週間でもありません。**

**Q③：带状疱疹予防接種について、不活化ワクチンを用いる場合、1回目の接種から6か月までに2回目の接種を完了することが望ましいとあるが、6か月を過ぎて2回目を接種した場合、定期接種の扱いにならないか？**

A③：2回目の接種が令和8年度中であれば、6か月を過ぎて2回目を接種しても、定期接種の扱いになります。

**Q④：他のワクチンと同時接種ができるか？**

A④：肺炎球菌ワクチン・生ワクチン・不活化ワクチンともに、医師が特に必要と認めた場合に、他のワクチンと同時接種を行うことができます。

**Q⑤：他のワクチンとの接種間隔について制限はあるか？**

A⑤：肺炎球菌ワクチン・不活化ワクチンについては、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。生ワクチンについては、他の注射生ワクチンとの接種間隔を27日以上あける必要があります。

**Q⑥：長期療養特例とは？**

A⑥：高齢者肺炎球菌・带状疱疹予防接種の対象者であった間に、長期にわたる療養を必要とする病気にかかっていたことなど「特別の事情」があることにより予防接種を受けることができなかったと認められる人については、「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、当該定期接種の対象者となります。

「特別な事情」については、[資料12](#)「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」を参照ください。

予防接種を実施するためには、被接種者本人の申請が必要（申請には医師の理由書が必要）です。詳しくは健康推進課予防接種室にお問い合わせいただくか、松江市ホームページを参照ください。

松江市ホームページ



## 6 接種費用について

**Q①：自己負担金が無料になる人は？**

A①：対象者のうち、生活保護世帯の人は、生活保護証明書（被保護証明書）を提出することで、自己負担金が無料となります。該当する人には、予約などの際に生活保護証明書（被保護証明書）を持参するよう説明をしてください。なお、生活保護証明書（被保護証明書）は「予診票」の後ろにホッチキス留めをして提出してください。

非課税世帯、福祉医療、原爆被爆者の人であっても、生活保護世帯の人以外は自己負担金が必要です

【参考】接種者の自己負担金

沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン	: <u>4,500 円</u>
乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン)	: <u>2,500 円</u>
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(不活化ワクチン)	: <u>9,000 円</u> (1 回あたりの自己負担金)

## 7 副反応疑い報告について

Q①：予防接種後副反応疑い報告の報告基準の症状の欄の「その他の反応」とはどんな状態か？

A①：「その他の反応」とは、①入院②死亡又は永続的な機能不全に陥るまたは陥る恐れのある場合であって、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。

\*報告先は（独）医薬品医療機器総合機構です。（FAX 番号：0120-176-146）

【問い合わせ先】 松江市健康推進課 予防接種室 電話 0852-60-8173

事務連絡  
令和7年3月21日

各〔都道府県〕  
〔市町村〕 衛生主管部（局） 御中  
〔特別区〕

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課

認知症等により本人の意思確認が容易ではない方に対する  
定期の予防接種に関する疑義解釈について

予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定により市町村長が行う予防接種（以下「定期の予防接種」という。）に係る事務運用の詳細については、「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」（平成25年3月30日付け健発0330第2号厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」により示しているところです。

今般、認知症等により本人の意思確認が容易ではない方に対する定期の予防接種に関する疑義解釈を別添のとおり作成いたしましたので、これを御了知の上、適切な運用をいただくとともに、接種を実施する医療機関及び関係団体等に周知いただくようお願いいたします。

(別添)

(問)

認知症の高齢者の方など、本人の意思確認が容易でない方に対して予防接種を実施する際の留意点として、定期接種実施要領第1の10(4)では「なお、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こと。」と記載がある。

本人の意思確認を行うことが容易ではない場合において、日常的に本人との意思疎通を図っている家族等が同意書を代筆し接種を行うことは、実施要領の「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」との記載との関係上、差し支えないか。

(答)

予防接種は、対象者が接種を希望している場合に、接種を行っていただくものです。

このため、認知症の高齢者等、本人の意思確認を行うことが難しい場合においても、家族やかかりつけ医、高齢者施設の従事者(以下「家族等」という。)など、日頃から身近に寄り添い、意思疎通を図っている方々の協力を得て、本人の接種の意向を丁寧に酌み取る必要があります。

そのうえで、本人の意思を酌み取った身近な家族等が同意書を代筆し、接種を行うことは差し支えありません。

(参考) 令和7年2月27日 衆議院・予算委員会第5分科会  
高齢者インフルエンザワクチン接種に関する家族同意に関する厚生労働省の答弁

高齢者に対するインフルエンザワクチンの接種は、予防接種法に基づくB類疾病の定期接種として行われております。B類疾病の定期接種は、市町村による接種の勧奨や御本人に接種を受ける努力義務がないことから、自らの意思で接種を希望していることを確認の上、接種を行うこととしております。

御指摘のありました認知症の方など御本人の意思を確認することが容易でない場合は、本人の意思が尊重されるように十分配慮の上、家族やかかりつけ医の協力を得て接種を行うことは差し支えなく、この運用については以前から変更しておりません。

# 予防接種 過誤防止のマニュアル (B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。(高齢者肺炎球菌、高齢者带状疱疹、B類ハイリスク者)
	予防接種の種類を確認する。
	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。(高齢者带状疱疹)
	予診票の裏面の説明書を読んでいるか、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</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を医師が署名をする。
	対象者の同意、承諾サインをもらう。

※1 診察時に改めて対象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 予診票のワクチン名とワクチンラベルのワクチン名が同一か照合する。  
他の対象者の接種するワクチンと混同しないように、トレーに分けて置いておくなど工夫をしましょう。

※3 対象者が定められた接種対象年齢であることを確認する。  
接種時の年齢を対象者に口頭で確認する。  
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。  
接種前に予診票、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に告げることができる。  
また、既に他の医療機関で接種されている場合もあるので、接種前に確認をする。  
(既に接種済みであるにも関わらず、再接種された事例が過去にありました。)

- ※5 ワクチン相互の間隔が不十分であるにもかかわらず予防接種を受けにくる場合がある。(高齢者帯状疱疹)

### 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
	ワクチンの外観に異常がないか確認する。
	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 吸引前によく振り混ぜ均等にすることが必要である。
- ※3 予診票で接種量の確認を行い、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、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。
	接種済証を渡す。 ※1
	副反応にそなえ、接種後 30 分待機させる。

- ※1 接種済証は、健康手帳に貼付する等して、大切に保管するよう説明する。

### 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 温度管理を誤れば、急激に力価が低下する場合があるので、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。

## 予診票及び接種済証 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。鮮明に記入をお願いします。
- ★接種日当日に、松江市に住民票がある人が接種できます。
- ★年齢を確認してください。接種日時点に対象者のみ接種ができます。
- ★過去に公費助成で接種した人は受けられません。予診票のチェック項目やカルテを確認してください。(※带状疱疹の不活化ワクチン(2回目接種)を除く)
- ★認知症などの症状で本人の接種の意思確認を行うことが難しい場合は、家族やかかりつけ医、高齢者施設の従事者等の協力を得て本人の接種の意思を丁寧にくみ取ったうえで、実施することは可能です。
- ★生活保護受給者の人は生活保護証明書(被保護証明書) 原本を予診票の後ろにホッチキス留めします。  
※生活保護証明書について、1年以上前の証明を添付される場合があります。令和8年度の予防接種用に交付された証明を添付してください。
- ★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。  
※承諾書を提出し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内に様式があります。)
- ★右下部【実施場所・医療機関名・医師名・接種年月日】の記載について
  - ・どこで(接種場所)、どの医療機関の(医療機関名)、だれが(医師名)、いつ接種したか(接種年月日)がわかるように記載してください。
  - ・記入例のとおり接種年月日は鮮明に、「西暦〇年(4桁)〇月〇日」で記載をお願いします。
- ★予防接種記録のデータ管理のため、左下部の使用ワクチンについて、メーカー名だけでなくLot番号の記載、又はLot番号ラベル貼付にもご協力いただきますようお願いいたします。
- ★予診票の太枠の中の質問事項については、読み上げたうえで、代わりに医療機関で記入することは可能です。
- ★接種の希望、本人の自署を忘れず記入してください。本人の同意がなければ接種することができません。自署が難しい場合は、代筆者の氏名及び続柄を記入のうえ、自署欄を代筆することが可能です。ただし、医療従事者(医師、看護師、施設長等)は代筆できません。代筆者署名は、家族、介護福祉士、身の回りの世話をしているお手伝いさん、ヘルパー、民生委員等が可能です。  
また、視覚障がい等で本人自署はできないが、意思表示として「一」や「✓」等の記載ができれば、自署の代わりとして取り扱いが可能です。

## 肺炎球菌・带状疱疹共通

★予防接種後は、予防接種済証に必要事項を記入してワクチンロットシールを添付し、必ず被接種者にお渡しください。(定期接種後に接種済証を交付することは、予防接種法施行規則第4条で定められています。)

★接種済証は6人分が1シートとなっています。点線に沿って切って使用してください。

## 接種済証 記入例

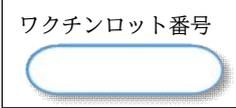
**高齢者肺炎球菌予防接種済証**

次の人は、予防接種法に基づく高齢者肺炎球菌予防接種を受けられたことを証します。  
※太枠の中をご記入ください。

住所	松江市 末次町 86
氏名	松江 太郎
生年月日	昭和 36 年 5 月 19 日

予防接種実施日及び発行日 **令和8年 7月 7日**

松江市長  公印

ワクチンロット番号 

実施医療機関  
**医療法人 健康医院**

※この済証は健康手帳に貼るなどして保管してください。

太枠の中と  
発行日及び実施医療機関名  
をご記入ください

ロットシールを貼付して  
ください

## 肺炎球菌

★高齢者肺炎球菌予防接種は必ず、紫色の接種済証を使用してください。  
昨年度までの白い接種済証は使用しないでください。  
白い接種済証が残っている場合はお手数ですが破棄してください。

# 令和8年度 高齢者带状疱疹予防接種予診票 (1回目)

〒690-0045 松江市乃白町32番		※太枠内を黒ボールペンで記入してください		自己負担	
マツエ 知ウ 松江 太郎 様		無料の人は生活保護の証明書を予診票の後ろにホッチキスで留める		<input type="checkbox"/> 生 2,500円 <input checked="" type="checkbox"/> 不活化 9,000円 <input type="checkbox"/> 無・生保証明書	
松江市に住民票があるか、接種できる対象の年齢かどうか、マイナンバーカード等で確認してください		電話番号	60-8173		診察前の体温
生年月日	整理番号	接種当日年齢	満	65 歳	
昭和 36 年 5 月 1 日	1234567				度 分

今までに带状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか  
 « はい 生・不活化 接種日 西暦 年 月 日 / いいえ / 不明 »

接種履歴がある場合でも、医師が接種が必要と判断した場合、定期接種が可能です。

問事項	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
過去に接種をしていないかどうかを確認してください	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
て、市から配られている説明書を読みましたか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
どについて理解しましたか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
現在、何か病気がかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	え ✓
3 糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他(治療(投薬など)を受けていますか)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
4 免疫不全と診断されたことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
5 今日、体に具合の悪いところがありますか 症状( )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
6 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
7 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
8 たことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
9 接種シールを貼付したか → 接種日 6 月 25 日	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
10 接種シールを貼付けできない場合はワクチン欄に○をつけ、Lot番号を記載してください	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
11 どちらかに○をつける	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
12 6 月に輸血あるいはガ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 今日接種について質問がありますか 質問内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

医師記入欄  
 診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )  
 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

自署(フルネーム)※ゴム印不可 医師署名(自署)

乾燥 毒生水痘ワクチン 「ビケン」 阪 政研 00005 皮下	带状疱疹ワクチン 「シングリックス」 GSK 00010 筋肉内	接種部位・量	接種日	実施場所: 医療機関・自・施設・その他 ※施設及びその他の場合は、その名称(健康の里) 実施医療機関名称: 医療法人 健康クリニック 実施医師名: 保健 まめ吉
No. (ラベル貼付可) シール AB1234		接種部位の記載	西暦 2026 年 7 月 10 日	

接種を希望するかどうか○をつけ、必ず接種を受ける人が署名してください  
 本人の同意を確認するものです  
 署名後に接種を行ってください  
 代筆者が代筆する場合、接種を受ける人の氏名と代筆者氏名・続柄の欄をご記入ください

希望します ・ 希望しません )  
 このことを理解の  
 松江 太郎  
 松江 花子  
 自署(続柄 妻 )

高齢者肺炎球菌(20価)予防接種予診票

〒690-0000 末次町86番地

松江 太郎 様

電話番号 0852-55-5555

診察前の体温 36度5分

生年月日 昭和36年〇月〇日

接種日当日65歳かどうか 満65歳

当日年齢 満65歳

無料の人は生活保護証明書の本書を後ろにホッチキス留めする

※松江市に住民票のある人のみ接種できます。

☑ 4,500円

☐ 無・生保証明書

今までに肺炎球菌ワクチン(20価・23価)の予防接種を受けたことがありますか <はい 接種日 西暦 年 月 日 (いいえ)>

過去に接種したことがある人は受けられません。(ただし、任意接種で受けたことがある人で、医師が必要と判断した場合は受けられます。)

はいの人は接種対象外です。

医師記入欄の記載	はい	いいえ	医師記入欄
1 今日の前日(接種前日)の体調を良く保てましたか	はい	いいえ	✓
2 今日の前日(接種前日)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	✓
3 現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他( )	はい	いいえ	✓
3 治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	✓
3 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	✓
4 免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	✓
5 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	✓
6 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	✓
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 1か月以内に予防接種を受けましたか → 接種日 月 日	はい	いいえ	✓
8 予防接種の種類(インフルエンザ、新型コロナ、带状疱疹、その他)	はい	いいえ	✓
9 慢性疾患にかかったことがありますか	はい	いいえ	✓
9 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、その他( )	はい	いいえ	✓
9 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	✓
10 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	✓
11 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	✓

問診及び診察の結果、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

自署(フルネーム)※ゴム印不可

健康 花子

接種シールを貼付

接種場所: 医療機関・自宅・施設 その他

施設及びその他の場合は、その名称(健康の里)

施設医療機関名称: 医療法人健康医院

接種年月日 西暦 2026年 〇月 〇日

接種可能と判断された後に記入してください。

希望するかどうかに〇をつけ、必ず受ける人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うえ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・続柄を両方記入してください。

希望します・希望しません

→ (希望します・希望しません)

このことを理解の上、本予診票が松江市に提出されることに

松江 太郎 自署

松江 次郎 自署(続柄 子)

医療機関の医師・看護師、施設長等医療従事者は代筆できません。

# 高齢者肺炎球菌（20価）予防接種予診票【60～64歳】

690-0000 松江市〇〇町〇番地		※太枠内を黒ボールペンで記入してください。（鉛筆不可）		自己負担	
マツエ タロウ 松江 太郎 様		※松江市に住民票のある		<input type="checkbox"/> 4,500円 <input type="checkbox"/> 無・生保証明書	
生年月日		整理番号		診察前の体温	
		接種当日年齢		度 分	
		満 歳			

60～64歳の対象者の予診票には住所、氏名の欄にラベルシールが貼付されています。

今までに肺炎球菌ワクチン（20価・23価）の予防接種を受けたことがありますか <<はい 接種日 西暦 年 月 日 / いいえ >>

→ はいの人は接種対象外です。以下の質問には回答不要です。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日の肺炎球菌予防接種について、市から配られている説明書と裏面を読みみましたか	はい	いいえ	
2	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	
3	現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病、肝臓病、腎臓病、脂質異常症、胃腸病、その他（ ）	はい	いいえ	

## 高齢者肺炎球菌予診票60～64歳用 見本

6	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	
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	1か月以内に予防接種を受けましたか → 接種日 月 日 予防接種の種類（インフルエンザ、新型コロナ、带状疱疹、その他）	はい	いいえ	
9	慢性疾患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（ ）	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	
10	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	
11	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	

医師記入欄  
問診及び診察の結果、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(自署)

使用ワクチン	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン メーカー名・Lot No (ラベル貼付可)	接種部位・量	左・右 上腕	接種日等	実施場所：医療機関・自宅・施設・その他 ※施設及びその他の場合は、その名称（ ） 実施医療機関名称：
	(注)有効期限が切れていないか要確認		筋肉 0.5ml		実施医師名： 接種年月日 西暦 年 月 日

\* 高齢者肺炎球菌予防接種希望書（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・副反応や予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望しますか。

→（希望します・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、本予診票が松江市に提出されることに同意します。

西暦 年 月 日

接種を受ける人の氏名  
(自署できない場合は代筆者が代筆)

自署

本人が自署できない場合の代筆者氏名

自署（続柄）

## 高齢者肺炎球菌予防接種・高齢者带状疱疹予防接種 ～予防接種前に確認しましょう～

1. 対象者であるかを確認しましょう。（①の確認はマイナンバーカード等で確認）  
下記の1～4にあてはまる人が対象です。

1:①かつ① 2:②かつ② 3:③かつ① 4:④かつ②

①接種日に松江市に住民票がある人（転出日≦接種日は対象者でない）

②松江市に住民票はないが、特別な事情があり松江市が認めた人

### 【肺炎球菌の場合】

①接種日に満65歳以上の人

②接種日に満60歳から満65歳未満の人で、心臓や腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に重い病気がある人のうち、松江市から個別通知を受け取っている人（令和8年度の予診票を持参された人）

### 【带状疱疹の場合】

①令和8年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる人

②接種日に満60歳から満65歳未満の人で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に重い病気がある人で、松江市から個別通知を受け取っている人（令和8年度の予診票を持参された人）

2. 1回目の肺炎球菌・带状疱疹の定期予防接種であることを確認しましょう。

※公費助成で接種できるのは対象期間内でそれぞれ1回限りです。

※過去にすでに実施していないか、予診票のチェック項目を必ず確認しましょう。

※被接種者が接種したことを忘れていた可能性もあるため、予診票だけでなく、医療機関のカルテや他の医療機関で接種していないか必ず確認しましょう。

3. 対象者の意思確認をしましょう。

B類の予防接種は、本人に接種を受ける努力義務がないため、自らの意思で接種を希望していることを確認のうえ、接種を行うことができます。

認知症等で本人の意思確認を行うことが難しい場合は、家族やかかりつけ医、高齢者施設の従事者等日頃から身近に寄り添い意思疎通を図っている人の協力を得て本人の接種の意向を丁寧にくみ取ったうえで接種を実施することは可能です。

## 【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8）・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。

## 予防接種過誤報告書(B類疾病)

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	M・T・S 年 月 日生 ( 歳)
	住 所	松江市			電 話	
状況及び対応	接種日	令和 年 月 日				
	予防接種種類	肺炎球菌 ・ 带状疱疹 (生・不活化 回目) ・ インフルエンザ ・ 新型コロナ				
	接種過誤の内容 (✓をつける)	<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 (带状疱疹ワクチン)				
		<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 (重複接種)				
<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 10：予防接種後副反応疑い報告書）**での報告となります。

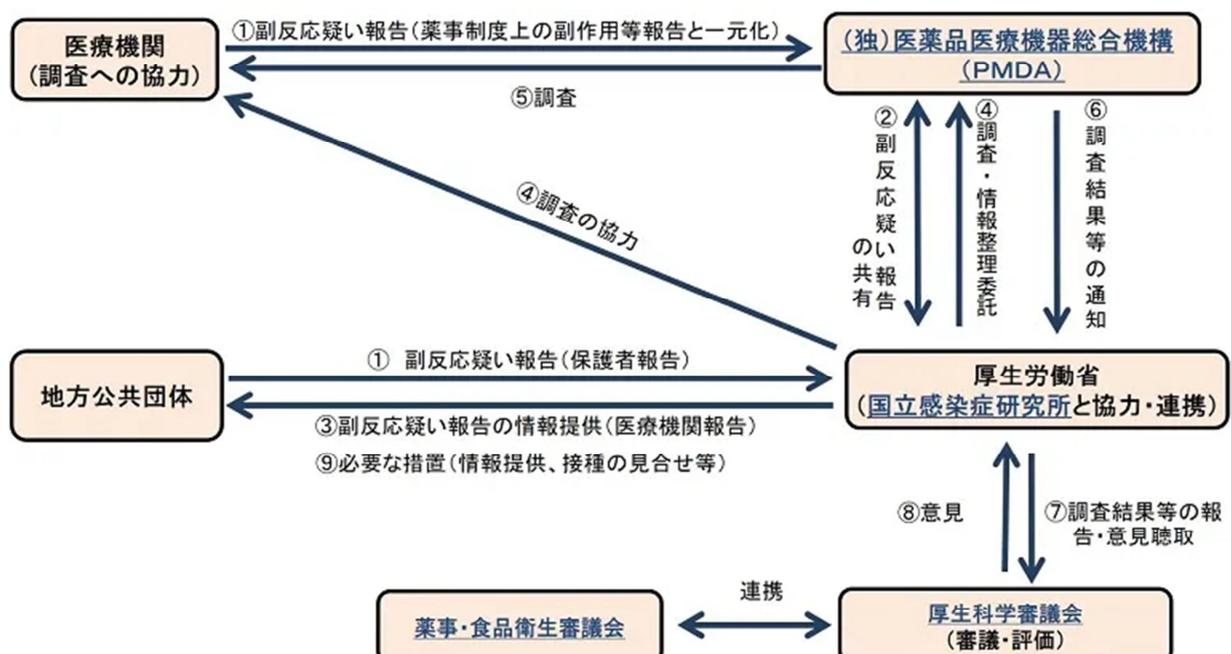
電子報告システム <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

※資料 10（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	4時間	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
		2 脳炎・脳症	28日	
		3 けいれん	7日	
		4 血小板減少性紫斑病	28日	
		5 その他の反応	—	
	麻疹 風しん	1 アナフィラキシー	4時間	
		2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
		3 脳炎・脳症	28日	
		4 けいれん	21日	
		5 血小板減少性紫斑病	28日	
		6 その他の反応	—	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー	4時間	
		2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
		3 脳炎・脳症	28日	
		4 けいれん	7日	
		5 血小板減少性紫斑病	28日	
		6 その他の反応	—	
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー	4時間	
		2 全身播種性BCG感染症	1年	
		3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)	2年	
		4 皮膚結核様病変	3か月	
		5 化膿性リンパ節炎	4か月	
		6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。)	—	
		7 その他の反応	—	
	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	4時間	
		2 けいれん	7日	
		3 血小板減少性紫斑病	28日	
		4 その他の反応	—	
ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 ギラン・バレ症候群	28日		
	4 血小板減少性紫斑病	28日		
	5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)	30分		
	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	—		
水痘 帯状疱疹	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 ギラン・バレ症候群	28日		
	3 血小板減少性紫斑病	28日		
	4 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの)	—		
	5 その他の反応	—		
B型肝炎	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 多発性硬化症	28日		
	4 脊髄炎	28日		
	5 ギラン・バレ症候群	28日		
	6 視神経炎	28日		
	7 末梢神経障害	28日		
	8 その他の反応	—		
ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 腸重積症	21日		
	3 その他の反応	—		
インフルエンザ	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日		
	3 脳炎・脳症	28日		
	4 けいれん	7日		
	5 脊髄炎	28日		
	6 ギラン・バレ症候群	28日		
	7 視神経炎	28日		
	8 血小板減少性紫斑病	28日		
	9 血管炎	28日		
	10 肝機能障害	28日		
	11 ネフローゼ症候群	28日		
	12 喘息発作	24時間		
	13 間質性肺炎	28日		
	14 皮膚粘膜眼症候群	28日		
	15 急性汎発性発疹性膿疱症	28日		
	16 その他の反応	—		
高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 ギラン・バレ症候群	28日		
	3 血小板減少性紫斑病	28日		
	4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日		
	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。)	7日		
	6 その他の反応	—		
新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間		
	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。)	28日		
	3 心筋炎	28日		
	4 心膜炎	28日		
	5 熱性けいれん	7日		
	6 その他の反応	—		

<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。



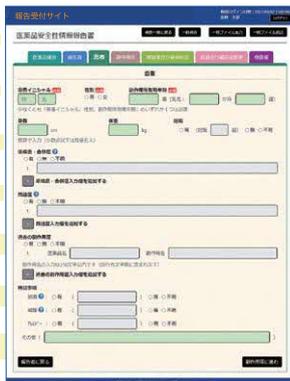
◀初回利用の場合



◀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

**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**

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) ディジョージ(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
<b>先天性代謝異常</b>	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
<b>アレルギー疾患</b>	食物アレルギー
<b>先天異常</b>	先天奇形症候群 染色体異常

年 月 日

(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	松江市	
	(フリガナ) 氏 名 生年月日	電話番号 ( )	( 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  ※接種上限年齢 ・ BCG…4歳未満 ・ ヒブ…10歳未満 ・ 小児用肺炎球菌…6歳未満 ・ 四種混合…15歳未満 ・ 五種混合…15歳未満	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	
	BCG		
	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	
	麻疹風疹混合 (MR)	1期・2期・3期・4期	
	麻疹	1期・2期	
	風疹	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	銀行
	支店	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 :  高齢者肺炎球菌定期予防接種  
 (該当に  )  高齢者带状疱疹定期予防接種

2 期 間 : 令和 8 年 月 日 ~ 令和 9 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

FAX送信先 松江市健康推進課 予防接種室 FAX 0852-60-8160

## 令和8（2026）年度 松江市B類疾病予防接種業務委託 不足物品連絡票

※物品が不足した場合は、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〕
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	
	(市外医療機関の場合) ・送信日の翌営業日までに郵便で発送	
受取場所 ※いずれかに 【○】記入	【 】保健福祉総合センター1F 健康推進課予防接種室	
	【 】( )支所 市民生活課	
	【 】郵送(松江市外医療機関のみ)	

## B類疾病 物品一覧

種別	名称	色	必要部数
高齢者肺炎球菌	1 高齢者肺炎球菌予診票(差し替え用)	紫	
	2 高齢者肺炎球菌予診票(接種できなかった人用)	紫	
	3 高齢者肺炎球菌 接種済証 (A4 1枚6名分)	紫	
高齢者带状疱疹	4 高齢者带状疱疹予診票(1回目接種できなかった人用)	桃	
	5 高齢者带状疱疹予診票(2回目不活化ワクチン用)	桃	
	6 高齢者带状疱疹 接種済証 (A4 1枚6名分)	桃	
高齢者インフル	7 高齢者インフルエンザ 予診票	水色	
	8 高齢者インフルエンザ 接種済証 (A4 1枚6名分)	白	
高齢者新型コロナ	9 高齢者新型コロナ 予診票	黄	
	10 高齢者新型コロナ 接種済証 (A4 1枚6名分)	薄だいたい色	
注意点(B類共通)	11 接種後注意点(市民配布用)	コピー紙	

※各書類1回あたり50枚を上限とします

※受取日の指定は原則受け付けません。上記受取日以降の受取日となります。時間に余裕をもって連絡してください。

# 記入例

色付きの部分を入力します

〒652-8501 松江市健康推進課 予防接種室 FAX 0852-60-8160

## 令和8（2026）年度 松江市B類疾病予防接種業務委託 不足物品連絡票

※物品が不足した場合は、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	10 月 15 日 ( 水 )	〔医療機関名〕
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	健康医院
	(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	
	(市外医療機関の場合) ・送信日の翌営業日までに郵便で発送	
受取場所 ※いずれかに 【○】記入	【    】 保健福祉総合センター1F 健康推進課予防接種室	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。
	【 ○ 】 ( 宍道 ) 支所 市民生活課	
	【    】 郵送 (松江市外医療機関のみ)	

### B類疾病 物品一覧

種別	名称	色	必要部数
高齢者肺炎球菌	1 高齢者肺炎球菌予診票 (差し替え用)	紫	
	2 高齢者肺炎球菌予診票 (接種できなかった人用)	紫	
	3 高齢者肺炎球菌 接種済証 (A4 1枚6名分)	紫	
高齢者带状疱疹	4 高齢者带状疱疹予診票 (1回目接種)	桃	
	5 高齢者带状疱疹予診票 (2回目不活化ワクチン用)	桃	
	6 高齢者带状疱疹 接種済証 (A4 1枚6名分)	桃	
高齢者インフル	7 高齢者インフルエンザ 予診票	水色	50
	8 高齢者インフルエンザ 接種済証 (A4 1枚6名分)	白	9
高齢者新型コロナ	9 高齢者新型コロナ 予診票	黄	
	10 高齢者新型コロナ 接種済証 (A4 1枚6名分)	薄だいたい色	
注意点 (B類共通)	11 接種後注意点 (市民配布用)	コピー紙	50

※各書類1回あたり50枚を上限とします

※受取日の指定は原則受け付けません。上記受取日以降の受取日となります。時間に余裕をもって連絡してください。

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

## 高齢者肺炎球菌のワクチン変更に伴う予診票の差し替え方法（令和8年度のみ）

### 1. 高齢者肺炎球菌予防接種のワクチンの変更について

- ◆ 令和8年4月1日から使用するワクチンが変更となります。PPSV23⇒PCV20
- ◆ 令和8年4月1日から自己負担額が変更となります。3,200円⇒4,500円
- ◆ 令和8年4月1日から予診票の色を『きみどり色』から『むらさき色』に変更します。

### 2. 医療機関用ワクチン情報

	令和8年3月31日まで	令和8年4月1日から
ワクチン	23価肺炎球菌ワクチン	20価肺炎球菌ワクチン
負担額	3,200円	4,500円
効果	肺炎球菌の血清の23個の型に対応。 侵襲性肺炎球菌感染症の予防効果は45% 肺炎球菌性肺炎の予防効果は18% 有効性は5年以内で減弱。	肺炎球菌の血清の20個の型に対応。 侵襲性肺炎球菌感染症の予防効果は75% 肺炎球菌性肺炎の予防効果は38~68% 近年流行が確認されている肺炎球菌性肺炎に対してカバーする血清の型は23価肺炎球菌ワクチンより高い有効性が期待されている。 5年を超える有効性。
予診票	きみどり色	むらさき色
接種済証	白色	むらさき色

差替の対象者：きみどり色の予診票（23価用）を持参した65歳の人  
（昭和35年4月2日生～昭和36年4月1日生）

期 間：令和8年度中

### 3. 医療機関へのお願い

- ◎ 令和8年4月1日から、きみどり色の予診票（23価用）を持参された場合は、むらさき色の予診票（20価用）に差し替えをお願いします。
- ◎ きみどり色の「当日接種できなかった人用」予診票と白色の接種済証は、4月に入り次第、廃棄処分をお願いします。
- ◎ 接種不相当者には、むらさき色の「当日接種できなかった人用」予診票（20価用）を渡してください。

- ◎ 予診票を差し替えた人は、氏名、生年月日等を新しい予診票（むらさき色）に記入していただくこととなります。ご説明いただきますようご理解をお願いします。

※差し替えの対象者には、接種時に医療機関で予診票の差し替えが必要であることを事前にお知らせしています。

#### 4. 予診票を紛失した場合の再発行手順

- ① 本人が予防接種室へ電話で依頼をする。（☎60-8173）  
※医療機関からの依頼は受け付けできません。
- ② 受付後1週間以内に本人の住所地へ到着するよう郵送します。

～実施の流れ～

- (1) 対象者：23 個予診票（きみどり）を持って来院する。  
 ※ 23 個予診票がない人は接種不可  
 ※ 23 個予診票には接種対象者・医師ともに記入不要
- (2) 医療機関：予診票差し替えの対象者であることを確認したら、持参した23 個予診票（きみどり）を後ろ、医療機関に配置している20 個予診票（むらさき）を前にしてホッチキスでとめる。

**20 個（むらさき）の予診票を前にしてホッチキスでとめる**

**接種対象者が持参した  
予診票（後）**

**医療機関に配置している  
予診票（前）**

- (3) 対象者：20 個予診票（むらさき）に必要事項を記入。

- ・ 住所（23 個予診票から変更なければ転記不要）
- ・ 氏名、ふりがな
- ・ 生年月日
- ・ 整理番号
- ・ 電話番号
- ・ 接種当日の年齢
- ・ 過去の接種履歴
- ・ 質問事項の回答
- ・ 接種希望の有無
- ・ 同意日
- ・ 接種を受ける人の氏名
- ・ 代筆者がいる場合代筆者氏名、続柄

接種者に記入するようご説明をお願いします。

(4) 問診を実施

○予防接種を実施：対象者へ接種済証（むらさき）を渡す。

従来通り、医療機関の必要事項を記入し、ホッチキスどめした予診票を松江市に提出。

ホッチキスどめした予診票に  
従来通り記入する

(松江市に提出)

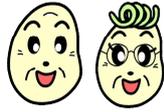
○接種不適当者：当日接種できなかった人用20価予診票（むらさき）を渡す。

ホッチキスどめした予診票は、右上余白に「接種不適当者」と赤字で記入し、松江市へ提出。

ホッチキスどめした予診票右上  
に「接種不適当者」と赤字で記載

(松江市に提出)

(当日接種できなかった人に渡す)



# 【令和8年度】 高齢者帯状疱疹 早見表

## 接種期間

令和8年4月1日～令和9年3月31日

### ※令和8年度の対象者

誕生日	年度末 年齢	定期接種制度で 接種できる年度	誕生日	年度末 年齢	定期接種制度で 接種できる年度
<b>昭和 36 年4月2日生まれ～ 昭和 37 年4月 1 日生</b>	<b>65歳</b>	<b>令和8年度</b>	<b>昭和 16 年4月2日生まれ～ 昭和 17 年4月 1 日生</b>	<b>85歳</b>	<b>令和8年度</b>
昭和 35 年4月2日生まれ～ 昭和 36 年4月 1 日生	66歳	令和7年度 (終了)	昭和 15 年4月2日生まれ～ 昭和 16 年4月 1 日生	86歳	令和7年度 (終了)
昭和 34 年4月2日生まれ～ 昭和 35 年4月 1 日生	67歳	令和11年度	昭和 14 年4月2日生まれ～ 昭和 15 年4月 1 日生	87歳	令和11年度
昭和 33 年4月2日生まれ～ 昭和 34 年4月 1 日生	68歳	令和10年度	昭和 13 年4月2日生まれ～ 昭和 14 年4月 1 日生	88歳	令和10年度
昭和 32 年4月2日生まれ～ 昭和 33 年4月 1 日生	69歳	令和9年度	昭和 12 年4月2日生まれ～ 昭和 13 年4月 1 日生	89歳	令和9年度
<b>昭和 31 年4月2日生まれ～ 昭和 32 年4月 1 日生</b>	<b>70歳</b>	<b>令和8年度</b>	<b>昭和 11 年4月2日生まれ～ 昭和 12 年4月 1 日生</b>	<b>90歳</b>	<b>令和8年度</b>
昭和 30 年4月2日生まれ～ 昭和 31 年4月 1 日生	71歳	令和7年度 (終了)	昭和 10 年4月2日生まれ～ 昭和 11 年4月 1 日生	91歳	令和7年度 (終了)
昭和 29 年4月2日生まれ～ 昭和 30 年4月 1 日生	72歳	令和11年度	昭和 9 年4月2日生まれ～ 昭和 10 年4月 1 日生	92歳	令和11年度
昭和 28 年4月2日生まれ～ 昭和 29 年4月 1 日生	73歳	令和10年度	昭和 8 年4月2日生まれ～ 昭和 9 年4月 1 日生	93歳	令和10年度
昭和 27 年4月2日生まれ～ 昭和 28 年4月 1 日生	74歳	令和9年度	昭和 7 年4月2日生まれ～ 昭和 8 年4月 1 日生	94歳	令和9年度
<b>昭和 26 年4月2日生まれ～ 昭和 27 年4月 1 日生</b>	<b>75歳</b>	<b>令和8年度</b>	<b>昭和 6 年4月2日生まれ～ 昭和 7 年4月 1 日生</b>	<b>95歳</b>	<b>令和8年度</b>
昭和 25 年4月2日生まれ～ 昭和 26 年4月 1 日生	76歳	令和7年度 (終了)	昭和 5 年4月2日生まれ～ 昭和 6 年4月 1 日生	96歳	令和7年度 (終了)
昭和 24 年4月2日生まれ～ 昭和 25 年4月 1 日生	77歳	令和11年度	昭和 4 年4月2日生まれ～ 昭和 5 年4月 1 日生	97歳	令和11年度
昭和 23 年4月2日生まれ～ 昭和 24 年4月 1 日生	78歳	令和10年度	昭和 3 年4月2日生まれ～ 昭和 4 年4月 1 日生	98歳	令和10年度
昭和 22 年4月2日生まれ～ 昭和 23 年4月 1 日生	79歳	令和9年度	昭和 2 年4月2日生まれ～ 昭和 3 年4月 1 日生	99歳	令和9年度
<b>昭和 21 年4月2日生まれ～ 昭和 22 年4月 1 日生</b>	<b>80歳</b>	<b>令和8年度</b>	<b>大正 15 年4月2日生まれ～ 昭和 2 年4月 1 日生</b>	<b>100歳</b>	<b>令和8年度</b>
昭和 20 年4月2日生まれ～ 昭和 21 年4月 1 日生	81歳	令和7年度 (終了)	大正 15 年4月1日生まれ～ 以前	101歳 以上	令和7年度 (終了)
昭和 19 年4月2日生まれ～ 昭和 20 年4月 1 日生	82歳	令和11年度			
昭和 18 年4月2日生まれ～ 昭和 19 年4月 1 日生	83歳	令和10年度			
昭和 17 年4月2日生まれ～ 昭和 18 年4月 1 日生	84歳	令和9年度			

**令和8年度**の対象者が、確認して接種してく  
ださい(予診票に「令和8年度」と記載あり)

※令和7年度の対象者は任意接種となります

松江市健康推進課 予防接種室



【参考】 带状疱疹 対象者早見表 (年度ごとの一覧表)

	<b>令和7年度【終了】</b>	<b>令和8年度</b>	<b>令和9年度</b>
65歳	昭和35年4月2日～36年4月1日	昭和36年4月2日～37年4月1日	昭和37年4月2日～38年4月1日
70歳	昭和30年4月2日～31年4月1日	昭和31年4月2日～32年4月1日	昭和32年4月2日～33年4月1日
75歳	昭和25年4月2日～26年4月1日	昭和26年4月2日～27年4月1日	昭和27年4月2日～28年4月1日
80歳	昭和20年4月2日～21年4月1日	昭和21年4月2日～22年4月1日	昭和22年4月2日～23年4月1日
85歳	昭和15年4月2日～16年4月1日	昭和16年4月2日～17年4月1日	昭和17年4月2日～18年4月1日
90歳	昭和10年4月2日～11年4月1日	昭和11年4月2日～12年4月1日	昭和12年4月2日～13年4月1日
95歳	昭和 5年4月2日～ 6年4月1日	昭和 6年4月2日～ 7年4月1日	昭和 7年4月2日～ 8年4月1日
100歳	大正14年4月2日～15年4月1日	大正15年4月2日～昭和2年4月1日	昭和 2年4月2日～ 3年4月1日
101歳以上	大正14年4月1日以前 (令和7年度のみ)		
	<b>令和10年度</b>	<b>令和11年度</b>	<b>令和12年度</b>
65歳	昭和38年4月2日～39年4月1日	昭和39年4月2日～40年4月1日	※令和12年度以降、 65歳のみ対象
70歳	昭和33年4月2日～34年4月1日	昭和34年4月2日～35年4月1日	
75歳	昭和28年4月2日～29年4月1日	昭和29年4月2日～30年4月1日	
80歳	昭和23年4月2日～24年4月1日	昭和24年4月2日～25年4月1日	
85歳	昭和18年4月2日～19年4月1日	昭和19年4月2日～20年4月1日	
90歳	昭和13年4月2日～14年4月1日	昭和14年4月2日～15年4月1日	
95歳	昭和 8年4月2日～ 9年4月1日	昭和 9年4月2日～10年4月1日	
100歳	昭和 3年4月2日～ 4年4月1日	昭和 4年4月2日～ 5年4月1日	