

松江市定期予防接種マニュアル

(B 類：高齢者インフル・高齢者新型コロナ)



令和8年度版

松江市健康推進課予防接種室

目次

1 インフルエンザ予防接種・新型コロナ予防接種～対照表～. 資料 1	
2 令和8年度 松江市高齢者インフルエンザ定期予防接種・高齢者 新型コロナウイルス感染症定期予防接種 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（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..... 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 ）..... 資料 10	
イ 報告受付サイトについて..... 資料 11	
6 契約後の契約事項の変更	
(1) 医療機関情報変更届(事前に連絡のうえ提出) 資料 12	
(2) 承諾書（契約後、接種医師が追加になった場合）..... 資料 13	
(3) 予防接種実施取下げ届(契約後の休診、閉院した場合)・ 資料 14	
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... 資料 15	

令和8年度 高齢者インフルエンザ定期予防接種・高齢者新型コロナウイルス感染症定期予防接種 ～対照表～

種類	高齢者インフルエンザ	高齢者新型コロナウイルス感染症
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日	令和8年10月1日～令和9年3月31日
対象者	下記の1～4のいずれかにあてはまる人 1：Aかつ① 2：Aかつ② 3：Bかつ① 4：Bかつ② A 松江市に住民登録がある人 B その他、特別な事情があり松江市が認めた人 ① 接種日に65歳以上の人 ② 接種日に60歳以上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障がいのある人	
使用ワクチン	インフルエンザHAワクチン(3価)	JN.1系統対応ワクチン
予診票	水色	ひまわり色
(種類・持参の有無)	対象者1（松江市に住民登録がある人かつ65歳以上） →医療機関で配付 対象者2（松江市に住民登録がある人かつ60歳以上65歳未満） 対象者3（松江市が認めた人かつ65歳以上） 対象者4（松江市が認めた人かつ60歳以上65歳未満） →本人が持参（宛名シールを貼付した予診票を本人に郵送）	
接種済証	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	令和8年度中に各1回	
自己負担金	1,500円	6,000円
	(対象者のうち生活保護受給者は無料、証明書必要)	
委託料 (消費税込)	接種者 5,148円 接種不相当者 3,201円	接種者 15,598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電子システムまたはFAX（0120-179-146）で報告する ・予防接種室へ電話（0852-60-8173）で報告する	

令和8年度 松江市高齢者インフルエンザ定期予防接種・ 高齢者新型コロナウイルス感染症定期予防接種 Q&A

目次

1 実施について

Q①：今年度の実施内容は？・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P2

2 対象者について

Q①：満60歳から満65歳未満の対象者の確認は？・・・・・・・・・・ P2

Q②：松江市に住民登録がない人だが、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？・・・・・・・・・・ P3

Q③：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？・・ P3

Q④：後期高齢者医療資格確認書や介護保険被保険者証等の住所地特例の人の取り扱いは？・・・・・・・・・・ P3

3 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？・・・・・・・・・・ P3

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？・・・・・ P3

Q③：予診票の「接種を受ける人の氏名」欄について、本人の意思確認は行えるが、自署ができない場合、どうしたらよいか？・・・・・・・・・・ P4

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署名してもよいか？・・・・・・・・・・ P4

Q⑤：成年後見人がいる人は、自署欄はどのように記入すればよいか？・・・・・ P4

Q⑥：医師記名欄は、代診の医師でもよいか？・・・・・・・・・・ P4

4 接種について

Q①：インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンは同時接種ができますか。また、他のワクチンと同時接種ができますか？・・・・・・・・・・ P4

Q②：インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンとの接種間隔には制限がありますか。また、他のワクチンとの接種間隔について制限はありますか？・・・・・・・・ P4

5 接種費用について

Q①：自己負担金が無料になる人は？・・・・・・・・・・ P5

6 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？・・・・・・・・・・ P5

7. 実施に係る各種手続きについて

Q①：配布物品が不足した場合はどうしたらよいか。・・・・・・・・・・ P5

Q②：契約後に定期接種の実施等について変更したい場合は、何か手続きが必要か。・・ P5

1. 実施について

Q①：今年度の実施内容は？

A①：

	インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症
接種開始時期	接種は 10 月 1 日（木）からです。接種開始の具体的な日にちは医療機関でお決めください。ただし、11 月 1 日（日）には開始してください。	
対象者	下記の 1～4 のいずれかにあてはまる人 1：④かつ① 2：④かつ② 3：⑤かつ① 4：⑤かつ② <u>④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）</u> <u>⑤松江市に住民登録はないが、特別な事情で松江市が認めた人</u> ①満 65 歳以上の人 ②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障がいがある人	
ワクチン	インフルエンザ HA ワクチン（3 価）	JN.1 系統対応ワクチン
予診票の色	水色	ひまわり色
被接種者自己負担金	1,500 円	6,000 円
公費助成回数	令和 8 年度中に各 1 回	

※過誤接種されたことが判明した場合は、松江市の定期予防接種として実施ができません。

過誤接種分の委託料は支払いができませんので、接種の前に必ず確認をお願いします。

過誤接種の例） 重複接種（年度中 2 回目の接種）

対象者ではない人への接種（年齢・松江市に住民登録がない）

2. 対象者について

Q①：満 60 歳から満 65 歳未満の対象者の確認は？

A①：満 60 歳から満 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」を郵送しています。

「令和 8 年度の予診票」には、宛名シールが貼付してあります。

必ず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が貼付してある予診票で接種してください。

持参した予診票が「令和 8 年度」のものであることも、あわせて確認してください。

対象と思われる人で通知が届いていない場合は、接種前に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を使用して予防接種を実施しないでください。）

なお、満 60 歳から満 65 歳未満の対象者は下記のとおりです。

- ・**心臓、腎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がある人(身体障がい者手帳1級相当)
- ・**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がある人(身体障がい者手帳1級相当)

※上記以外の障がいをお持ちの人は対象ではありません※

Q②：松江市に住民登録がない人が、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？

A②：松江市に住民登録はないが、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た人については、個別に予診票を送付しています。Q①の満 60 歳から満 65 歳未満の人と同様に、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。

Q③：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？

A③：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)

Q④：後期高齢者医療資格確認書や介護保険被保険者証等の住所地特例の人の取り扱いは？

A④：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登録の住所が松江市ですので、満 65 歳以上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登録の住所が他市町村となるので対象者となりません。

3. 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代筆者が記入することは可能です。(自署欄については、Q 3、Q 4 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、Q 3、Q 4 を要確認。)

Q③：予診票の「接種を受ける人の氏名」欄について、本人の意思確認は行えるが、自署ができない場合、どうしたらよいか？

A③：代筆者が代筆をすることで実施可能です。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」欄を代筆し、「本人が自署できない場合の代筆者氏名」欄及び「続柄」欄を記入してください。（Q4を要確認）
 なお、代筆者は、日頃から身近に寄り添い意思疎通を図っている人とし、本人の接種の意向を丁寧にくみ取ったうえで、実施をしてください。

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署名してもよいか？

A④：本人の意思確認ができる場合、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推奨していません。（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）
 ただし、認知症等により、本人の意思確認が容易でない人に対する定期接種については、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）

Q⑤：成年後見人がいる人は、自署欄はどのように記入すればよいか？

A⑤：成年後見人の署名で接種可能です。「接種を受ける人の氏名」欄に「成年後見人 ●●●●（成年後見人の氏名）」と記入してください。

なお、保佐人や補助人の場合は、保佐人や補助人の署名だけでは接種はできません。本人が自署できない場合は、本人の意思を確認し、「接種を受ける人の氏名」欄は代筆し、「本人が自署できない場合の代筆者氏名」欄と「続柄」欄に保佐人または補助人の氏名と続柄を記入してください。

Q⑥：医師記名欄は、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。承諾書の提出が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、あらかじめ予防接種室に連絡したうえで、承諾書（資料13）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で記載をお願いします。

4. 接種について

Q①：インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンは同時接種ができますか。また、他のワクチンと同時接種ができますか？

A①：医師が特に必要と認めた場合に、同時接種を行うことができます。

Q②：インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンとの接種間隔には制限がありますか。また、他のワクチンとの接種間隔について制限はありますか？

A②：インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンとの接種間隔に制限はありません。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。（新型コロナウイルス感染症の任

意接種は接種間隔に制限あり)

5. 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、生活保護受給者は、生活保護を受給していることが分かる公的な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を受給していることが分かる公的な証明書を持参するよう説明をしてください。なお、生活保護を受給していることが分かる公的な証明書は「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、生活保護受給者以外は自己負担金が必要です。

【参考】

	インフルエンザワクチン	新型コロナワクチン
被接種者自己負担金	1,500 円	6,000 円

6. 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に定められていない症状でも報告が必要か。

A①：報告基準に定められていない症状については、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、①入院治療を必要とするもの、②死亡、③身体の機能の障がいにとたるものまたは④死亡もしくは身体の機能の障がいにとたるおそれのあるもの」に該当する場合は、報告対象となります。

*報告先は（独）医薬品医療機器総合機構です。

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

FAX 番号：0120-176-146

7. 実施に係る各種手続きについて

Q①：配布物品が不足した場合はどうしたらよいか。

A①：不足物品連絡票（[資料 15](#)）に必要部数を入力いただき、FAX で提出をお願いします。提出後、物品の準備期間がありますので、期間に余裕をもって提出をしてください。

Q②：契約後に定期接種の実施等について変更したい場合は、何か手続きが必要か。

A②：変更の際は、事前に予防接種室までご連絡の上、以下の書類を提出してください。

- ・医療機関情報を変更したい ⇒ 医療機関情報変更届 ([資料 12](#))
- ・接種医師を追加したい ⇒ 承諾書 ([資料 13](#))
- ・実施を取り下げたい ⇒ 予防接種実施取下げ届 ([資料 14](#))

【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
特 別 区

 衛生主管部（局） 御中

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ことが必要です。

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、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。 ※1
☐	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 市外に住民登録がある人、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はないため、松江市の予診票で予防接種はできません。

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。
☐	<u>接種歴</u> を確認する。 ※3
☐	直前の予防接種実施日からの <u>間隔</u> を確認する。 ※4
☐	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及び医師記名を記入する。
☐	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。同姓同名の人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の箱やバイアル、シリンジの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する。

※3 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、接種済証、カルテ等をチェックする。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。

※4 接種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。
(高齢者带状疱疹)

裏面記載あり

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 接種量の確認を行い、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、接種ワクチンのロット番号シー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、医療機関名などの記載、接種医師名のゴム印（番号付き）の押印、ロット番号シールの貼付をしたか等を確認する。
☐	予診票を回収したか確認をする。
☐	接種終了後の注意事項を説明する。
☐	接種済証を交付し、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。 ※1
☐	副反応にそなえ、接種後 30 分待機させる。

※1 予防接種済証は必ず実施日に交付をする。

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。
☐	ワクチンの種別ごとに整理し、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（冷凍庫・冷蔵庫）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、有効期限に近いワクチンは保管庫（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。ワクチンごと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（冷凍庫・冷蔵庫）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

予診票及び接種済証の記入について、以下の点に注意をしてご記入をお願いします。

1. 予診票

共通事項	
☐	文字をはっきりと記入する。(数字等不明瞭で読み取れない場合があるため)
☐	松江市民か確認をする。(接種日当日に松江市に住民登録があるか)
☐	対象年齢の確認をする。(接種日当日に対象年齢なのか)
☐	今年度、既に定期接種を受けていないか確認をする。 (予診票のチェック項目やカルテを確認する)
医師記入欄	
☐	「医師記名」は自署(フルネーム)もしくは松江市より配布するゴム印(番号付き)または、任意のゴム印(フルネーム)のどちらかの方法で記入する。
使用ワクチン	
☐	ロット番号シールを貼付する。
接種日等	
☐	「接種場所」を記入する。
☐	「接種医療機関名称」を記入する。
☐	「接種医師名」については、配布した「名前と番号がついているゴム印」を使用する。
☐	「接種年月日」については、西暦〇年(4桁)〇月〇日で記入をする。
その他注意事項	
●認知症等により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、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、実施することは可能。(資料3参照)	
●松江市に住民登録がある生活保護受給者について、生活保護を受給していることが分かる公的な証明書の<u>原本</u>を確認する。 ※1. 本市から生活保護を受給している人は、生活福祉課にて、対象者に予防接種用に生活保護を受給していることが分かる公的な証明書を10月中旬頃までに送付しているため、送付された証明書を添付する。 ※2. 他市から生活保護を受給している人は、生活保護を受給していることが分かる公的な証明書について、できる限り最新の証明書を添付する。(発行後1年以内)	

2. 予防接種済証

- ①予防接種後は、予防接種済証に必要事項を記入してロット番号シールを添付し、必ず実施日に被接種者へお渡しください。（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3条で定められています）
- ②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。
- ③予防接種済証は印刷（コピー）は絶対に行わないでください。用紙が不足した場合は印刷（コピー）をせずに必ず予防接種室へご連絡ください。
資料15に「不足物品連絡票」がございますのでご利用ください。
- ④委託期間終了後、お配りしている予防接種済証の用紙を回収します。書き損じ等で交付しなかった予防接種済証を含め、全て返却してください。インフルは1月分の請求時に、コロナは3月分の請求時に請求書と一緒に予防接種室へ返却してください。
- ⑤予防接種済証の交付後に記入事項の誤りまたは交付者の誤りが生じた場合、もしくは交付漏れが発覚した場合、速やかに予防接種室（TEL:0852-60-8173）までご連絡ください。

予防接種接種済証 記入例

高齢者インフルエンザ予防接種済証

(令和8年度)

住所	松江市 末次町 86 番地
氏名	松江 太郎
生年月日	大 昭 10年 1月 1日

接種日及び発行日 令和 8年 10月 15日

松江市長
(公印省略)

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

ワクチンロット番号

インフル123

ロット番号シールを貼付
してください

令和8年度 高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票 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）

住所	(住民票の住所をご記入ください。松江市に住民票のある人が接種できます。)						診察前の体温	
	松江市						度 分	
ふりがな						電話番号	自己負担	
氏名	①						② ☐ 1,500円	
生年月日	大・昭	年	月	日	接種 当日 年齢	満 歳	性別	☐ 無・生保証明書
							男 ・ 女	

今年度10月1日以降にインフルエンザの定期予防接種を受けましたか いいえ はい (接種日 西暦 年 月 日)	➡ はいの人は今回の定期接種対象外です ※期間中1回のみ接種可能です。2回目の接種は 任意接種（全額自己負担）になります。
--	---

質 問 事 項		回答欄		医師記入欄
		はい	いいえ	
1	今回受ける予防接種について、裏面の説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2	今回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、体に具合の悪いところがありますか 症状（ ）	はい	いいえ	
4	現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧症、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、その他病名（ ）	はい	いいえ	
	治療（投薬など）を受けていますか	はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
5	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	
6	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（新型コロナ、带状疱疹、肺炎球菌、その他 ）	はい	いいえ	④
7	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、肝臓病、腎臓病、血液疾患、呼吸器疾患、その他病名（ ）	はい	いいえ	
8	免疫不全と診断を受けたことはありませんか	はい	いいえ	
9	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	
10	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 薬・食品名（ ）	はい	いいえ	
11	インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか	はい	いいえ	
	その際に具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
12	インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
13	今回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	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。 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をしました			
	医師記名 ⑥			
使用ワクチン・量	インフルエンザHＡワクチン 皮下接種 0.5ml		接種部位 ⑧	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（ ） 接種医療機関名称： 接種医師名： ⑨ 接種年月日 西暦 年 月 日
	メーカー名・Lot No. (ロット番号シール貼付)			

(注)有効期限が切れていないか要確認

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等について理解した上で、接種することに 【 同意します ⑩同意しません 】。

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、本予診票を松江市に提出することに同意します。

接種を受ける人の氏名（自署） (自署できない場合は代筆者が代筆)	⑪
本人が自署できない場合の代筆者氏名(自署)	続柄（ ）

資料5-1

予診票記入の
注意事項

- ① 住所・生年月日について
松江市に住民票があるか、接種できる対象年齢か、マイナンバーカード等で確認してください。
- ② 自己負担について
生活保護を受給している人は無料となります。
生活保護を受給していることが分かる証明書を予診票の後ろにホッチキスでとめてください。
- ③ 接種回数の確認について
今年度1回目の接種かどうかを確認してください。
医療機関のカルテや接種済証などで接種履歴を確認してください。
- ④ 医師記入欄について
問診時の確認として医師記入欄を記入してください。
- ⑤ 医師記入欄について
(実施できる・見合わせた方がよい) のどちらかに○を記入してください。
- ⑥ 医師記入欄の記名について
医師記名 は 自署 ・ ゴム印 のどちらでも良いです。
フルネームで記名してください。
- ⑦ 使用ワクチンについて
ロット番号シールを貼り付けてください。

ロット番号シールを貼り付けできない場合
→ ロット番号を記入してください。
- ⑧ 接種部位について
接種部位に○を記入してください。
- ⑨ 接種日等について
・どこで(接種場所)、
・どここの医療機関の(接種医療機関名)、
・だれが(接種医師名)、
・いつ(接種年月日)、 4カ所全て分かるように記載してください。

接種医師名の欄には、松江市の配布するゴム印(番号付き)を使用してください。
- ⑩ 接種の同意欄について
接種を受けることに同意するかどうかに ○ があることを確認してください。
- ⑪ 接種を受ける人の氏名について
接種を受ける人に署名をしてもらってください。
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・続柄の欄の記入が必要です。
※認知症等により、本人の意思確認が容易でない場合は、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、本人の意向を丁寧にくみ取った人が代筆することは可能です。(資料3参照)

本人の同意を確認するものですので、必ず署名を確認後に、接種を実施してください。

健康太郎 12345

種別番号 301

令和8年度 高齢者新型コロナウイルス感染症定期予防接種予診票

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）

住所	(住民票の住所をご記入ください。松江市に住民票のある人が接種できます。)						診察前の体温			
							度	分		
ふりがな	氏名						電話番号	自己負担		
氏名										
生年月日	大・昭	年	月	日	接種 当日 年齢	満	歳	性別	男・女	☐ 6,000円 ☐ 無・生保証明書

今年度10月1日以降に新型コロナウイルス感染症の定期
予防接種を受けましたか
いいえ
はい (接種日 西暦 年 月 日)

→ はいの人は今回定期接種対象外です
→ ※期間中1回のみ接種可能です。2回目の接種
は任意接種（全額自己負担）になります。

質 問 事 項			回答欄		医師記入欄
1	2	3	はい	いいえ	
1	今回受ける予防接種について、裏面の説明書を読みましたか		はい	いいえ	
2	今回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、体に具合の悪いところがありますか 症状 ()		はい	いいえ	
4	現在、何か病気にかかっていますか → 高血圧症、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、その他病名 ()		はい	いいえ	
	治療（投薬など）を受けていますか		はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか		はい	いいえ	
5	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	
6	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	
	予防接種の種類（インフルエンザ、带状疱疹、肺炎球菌、その他 ()		はい	いいえ	
7	これまでに、次の病気にかかったことがありますか		はい	いいえ	
	心臓病、肝臓病、腎臓病、血液疾患、呼吸器疾患、その他病名 ()		はい	いいえ	
8	免疫不全と診断を受けたことはありますか		はい	いいえ	
9	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	
10	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	
	薬・食品名 ()		はい	いいえ	
11	新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことはありますか		はい	いいえ	
	その際に具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
12	新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
	予防接種の種類 ()		はい	いいえ	
13	今回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
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。
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、説明をしました。

医師記名

使用 ワクチン	メーカー名・Lot No. (ロット番号シール貼付)	接種 方法 ・ 量	筋肉内 0.2ml 0.3ml 0.5ml 0.6ml その他 ()ml	接種 部位	右上腕	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 () 接種医療機関名称： 接種医 師 名： 接種年月日 西暦 年 月 日
					左上腕	
					その他 ()	

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等について理解した上で、接種することに 【 同意します ⑩ 同意しません 】。

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、本予診票を松江市に提出することに同意します。

接種を受ける人の氏名（自署）
(自署できない場合は代筆者が代筆)

本人が自署できない場合の代筆者氏名(自署)

⑪

続柄 ()

資料5-2

予診票記入の
注意事項

① 住所・生年月日について

松江市に住民票があるか、接種できる対象年齢か、マイナンバーカード等で確認してください。

② 自己負担について

生活保護を受給している人は無料となります。
生活保護を受給していることが分かる証明書を予診票の後ろにホッチキスでとめてください。

③ 接種回数の確認について

今年度1回目の接種かどうかを確認してください。
医療機関のカルテや接種済証などで接種履歴を確認してください。

④ 医師記入欄について

問診時の確認として医師記入欄を記入してください。

⑤ 医師記入欄について

(実施できる・見合わせた方がよい) のどちらかに○を記入してください。

⑥ 医師記入欄の記名について

医師記名 は 自署 ・ ゴム印 のどちらでも良いです。
フルネームで記名してください。

⑦ 使用ワクチン・接種量について

ロット番号シールを貼り付けた場合
→ 接種量の ○ の記入は省略可能です。

ロット番号シールを貼り付けできない場合
→ ロット番号を記入し、該当する接種量に ○ を記入してください。

⑧ 接種部位について

接種部位に○を記入してください。

⑨ 接種日等について

・どこで(接種場所)、
・どこの医療機関の(接種医療機関名)、
・だれが(接種医師名)、
・いつ(接種年月日)、 4カ所全て分かるように記入してください。

接種医師名の欄には、松江市の配布するゴム印(番号付き)を使用してください。

⑩ 接種の同意欄について

接種を受けることに同意するかどうか ○ があることを確認してください。

⑪ 接種を受ける人の氏名について

接種を受ける人に署名をもらってください。
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・続柄の欄の記入が必要です。
※認知症等により、本人の意思確認が容易でない場合は、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、本人の意向を丁寧にくみ取った人が代筆することは可能です。(資料3参照)

本人の同意を確認するものですので、必ず署名を確認後に、接種を実施してください。

健康太郎 12345

高齢者インフルエンザ予防接種 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 ～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。（A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: Aかつ① 2: Aかつ② 3: Bかつ① 4: Bかつ②

A 接種日に松江市に住民登録がある人

（接種日に転出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ない）

B 松江市に住民登録はないが、特別な事情があり松江市が認めた人

① 接種日に満65歳以上の人

② 接種日に60歳から64歳の人で、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）

2. 今年度、1回目のインフル・コロナ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毎年度期間内に各1回限りです。

※今年度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る可能性もあるため、予診票だけでなく、接種済証、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。

4. ワクチンの接種量を確認しましょう。

コロナワクチンは、種類によって接種量が異なります。

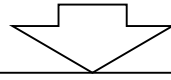
指さし確認やカルテへの記入を行い、間違いのないようにしましょう。

ワクチン名	メーカー	接種量
エムネクスパイク	モデルナ・ジャパン	0.2m l
コミナティ	ファイザー	0.3m l
コスタイバ	Meiji Seikaファルマ	0.5m l
ヌバキソビット	武田薬品工業	0.5m l
ダイチロナ	第一三共	0.6m l

（R8.9.1時点）

【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 対象者への対応

- ① 対象者の健康状況の確認
- ② 対象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)
- ③ 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 発生報告（速やかに電話で報告し、その後②、③へ進む）

報告内容	・ 医療機関名 ・ 対象者情報（氏名、生年月日、健康状況、既往歴（必要に応じて） ・ ワクチン名 ・ 接種年月日 ・ 過誤内容
------	---

〔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

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)	☐ 対象者を間違えて接種を行った				
		☐ 接種するワクチンの種類を間違えてしまった				
		☐ 接種間隔を間違えてしまった (带状疱疹ワクチン)				
		☐ 接種量を間違えてしまった				
		☐ 定期接種の回数を超える接種を行った (重複接種)				
☐ 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。

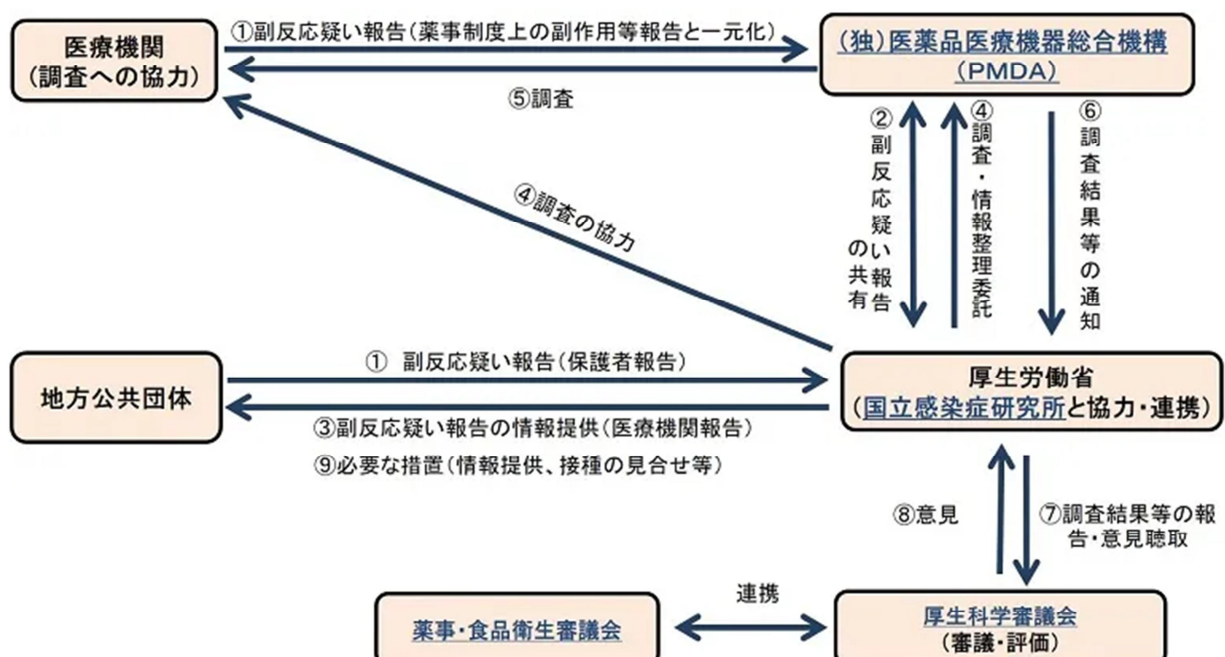
電子報告システム <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

※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



予防接種後副反応疑い報告書

記入前に裏面の＜注意事項＞をお読みください。

定期接種・臨時接種ワクチンの有無										☐ 有		☐ 無		製造販売業者への情報提供の有無										☐ 有		☐ 無	
被接種者情報	保険者番号(左詰め)					被保険者記号(左詰め)										被保険者番号(左詰め)										枝番	
	氏名又はイニシャル(姓・名) (定期・臨時接種は氏名、任意接種はイニシャル記載)					カナ氏名 (任意接種は記載しない)										公費負担者番号					受給者番号						
	性別		住所								生年月日					接種時年齢											
	☐ 男 ☐ 女				都道府県				区市町村		西暦		年		月		日		歳		月						
	基礎疾患(既往歴を含む)					薬剤又は食物アレルギー歴					家族歴					出生体重 (0歳～未就学児の場合)											
																グラム											
	☐ 無					☐ 無					☐ 無																
	被疑ワクチンに関する情報	接種日時																									
西暦		年		月		日		午前・午後		時		分		☐ 不明													
被疑ワクチンの種類 (同時接種したワクチンを記載)										ロット番号				製造販売業者名				接種回数									
										☐ 不明				☐ 不明				回目		☐ 不明							
										☐ 不明				☐ 不明				回目		☐ 不明							
										☐ 不明				☐ 不明				回目		☐ 不明							
										☐ 不明				☐ 不明				回目		☐ 不明							
										☐ 不明				☐ 不明				回目		☐ 不明							
										☐ 不明				☐ 不明				回目		☐ 不明							
▲ 症状との因果関係が最も疑われる被疑ワクチンがある場合は○をつけてください。																											
使用中の医薬品																											
主たる症状に関する情報	発生日時		西暦		年		月		日		午前・午後		時		分		☐ 不明										
	主たる症状		主たる症状を1つご記入ください。 症状名()																								
			その他の症状がある場合は、「その他の症状」欄にご記入ください。臨床経過は、裏面の「臨床経過」欄にご記入ください。																								
	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																
			2 重くない		5 入院		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																		
	検査結果		主たる症状の診断根拠となった検査結果(接種前、発現日等の検査値(単位含む)又は検査所見)をご記入ください。																								
	検査項目		検査日		／		／		／		／		／		／		／										
転帰日		西暦		年		月		日		☐ 不明																	
症状の転帰		1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明																									
にその他の情報	その他の症状		主たる症状以外の症状がある場合は、以下にご記入ください。																								
	症状名()																										
報告者に関する情報	(既に医薬品医療機器総合機構へ報告した症例の続報の場合→□)																										
	氏名:		医療機関名(所属部署まで):																								
			(職種:□医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師、□その他())																								
	住所 〒		都道府県		市区町村																						
に接種場	電話番号:		メールアドレス: @																								
	接種場所が報告医療機関と異なる場合はご記入ください。																										
報する所	医療機関名:		住所: 都道府県 市区町村																								
	☐ 接種場所が不明の場合																										

臨床経過	
西暦 年 月 日	
留意事項	検査結果は前頁の「検査結果」欄にご記入ください。

＜注意事項＞

- 厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構のウェブサイトにおいて、記入要領を掲載しているため、報告書の記入に当たって参考にしてください。
- 予防接種法第12条第1項の規定による副反応疑い報告を行う場合は、被接種者の公的医療保険の被保険者番号等(保険者番号、被保険者等記号・番号、枝番)又は生活保護の受給者番号等(公費負担者番号、受給者番号)のいずれかを記載してください。
- 被保険者番号等のうち、枝番がない場合は、空欄のままとしてください。
- 受給者番号等については、被接種者が生活保護受給者の場合にのみ記載し、その他の公費負担医療の受給者の場合は、空欄にしてください。
- 被保険者番号等又は受給者番号等が不明の場合は、「不明」と記載してください。
- 別添1の報告基準において算用数字を付している症状については、定められた期間内に発生した場合は、因果関係の有無にかかわらず、国に報告することが義務付けられています。
- 報告基準に定められていない症状については、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、①入院治療を必要とするもの、②死亡、③身体の機能の障害に至るもの又は④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、報告対象となります。
- 報告基準において定められた発生までの期間を超えて発生した症状であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われ、7.に該当する場合は、報告してください。
- 報告基準において複数の症状が含まれているもの(「脳炎・脳症」、「BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)」、「疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状」)を「主たる症状」として報告する場合は、複数の症状のうち、主たるものを1つ記載してください。(「脳炎・脳症」の場合、「脳炎」又は「脳症」のうちどちらか1つを記載してください。)
- 報告基準は、予防接種後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。
- 「症状の転帰」について、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」に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」に○印を記載してください。
- 報告対象の症状が、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、ギラン・バレー症候群(GBS)、血栓症(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、別途、調査票を記入の上、提出してください。
- HPVワクチンについては、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が認められる場合は、報告してください。HPVワクチンの定期接種(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、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。HPVワクチン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は、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。
- 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)
なお、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。
- 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って、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は、「被接種者情報」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は、「被接種者情報」欄には、出生した児の情報を記載してください。その場合、「被疑ワクチンに関する情報」欄及び「接種場所に関する情報」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、「臨床経過」欄に、予防接種を受けた母親の氏名又はイニシャル、性別、住所、生年月日、接種時年齢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、「臨床経過」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。
- 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、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)の氏名、生年月日及び被保険者番号等を除いた情報を、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。
- 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。
- 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こととされています。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、記載いただく必要はありません。
- 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、報告書を作成、提出してください。
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
- FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記のFAX番号宛てに送付してください。
FAX番号: 0120-176-146(各種ワクチン共通)
- 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_kenkouhigaikyuuusai.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>

(別添1)

	対象疾病	症 状	発生までの 時 間	左記の「その他の反応」の例
報告基準	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 —	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以外の場合は医学的に認められている症状名を記載
	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 带状疱疹	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(带状疱疹を伴うもの) 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 —	
	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 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 —	

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、再読み込みが
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

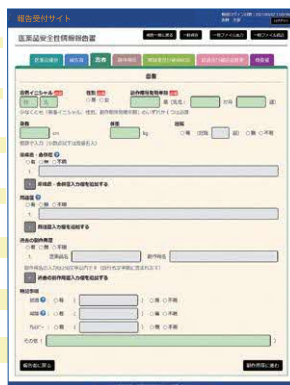


◀報告書登録済みの場合

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！



安全対策の実践

医療関係者・
製造販売業者等

副作用等報告

医療関係者・製造販売業者等

安全対策の流れ

調査・評価

厚生労働省、PMDA、
製造販売業者

情報提供

厚生労働省、PMDA、
製造販売業者

安全対策措置

厚生労働省、PMDA、
製造販売業者

医療関係者へ
フィードバック



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

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

所 在 地

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 (変更のある番号の新旧欄のみを記載すること)

	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所在地				
④代表者職名				
⑤代表者名				
⑥電話番号				
⑦FAX 番号				
⑧メールアドレス				
⑨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⑨の変更の場合)

承 諾 書

(あて先) 松江市長

松江市が行う予防接種法第5条の規定に基づき実施する定期予防接種について、その実施に協力することを承諾します。

記

- 1 予防接種名 : ☐ 高齢者インフルエンザ定期予防接種
(該当に ☒) ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症定期予防接種

2 期 間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

所 在 地 _____

法 人 名 _____

医療機関名 _____

代表者職名 _____

代表者氏名 _____

メールアドレス _____

接種医師の氏名 (押印は不要です。)

ふりがな 1	ふりがな 4
ふりがな 2	ふりがな 5
ふりがな 3	ふりがな 6

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

所 在 地
法 人 名
医療機関名
代表者職名
代 表 者 名

予防接種実施取下げ届

松江市が行う予防接種法第5条の規定に基づき実施する定期予防接種について、その実施に協力することを承諾しましたが、このたび下記の理由により取下げます。

記

1 理由

- ・ 閉院のため
- ・ その他（ ）

2 取下げ日

令和 年 月 日

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開庁日以降 9:00～16:30 (受け取り場所が支所市民生活課の場合) ・送信日から5開庁日以降 9:00～16:30 (市外医療機関の場合) ・送信日の2開庁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）	薄みどり	
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	
注意点（B類共通）	11	接種後注意点（市民配布用）	白	

※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

色付きの部分を記入します

〒660-0816 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開庁日以降 9:00~16:30 (受け取り場所が支所市民生活課の場合) ・送信日から5開庁日以降 9:00~16:30 (市外医療機関の場合) ・送信日の2開庁日までに郵便で発送	健康医院
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	
	【 ○ 】 (宍道) 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

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)	薄みどり	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	
注意点 (B類共通)	11 接種後注意点 (市民配布用)	白	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。