令和６年度

高齢者インフルエンザ予防接種
広域実施の手引き

かかりつけ医による接種を進めましょう

山形県健康福祉部健康福祉企画課
山　　形　　県　　医　　師　　会

目　次

はじめに----------　p2

高齢者のインフルエンザ予防接種について
（1）接種対象者----------　p3
（2）Ｂ類疾病について----------　p4

広域実施の流れについて
（1）書類の準備----------　p5
（2）受付での対応----------　p8
（3）接種希望者の書類----------　p9
（4）費用の徴収・予防接種済証の交付----------　p10
（5）委託料の請求----------　p11

市町村ごとの対応について
（1）市町村ごとの取扱い----------　p12
（2）被接種者１人当たりの金額----------　p13
（3）被接種者１人当たりの金額（生活保護世帯）------　p14
（4）被接種者１人当たりの金額（住民税非課税世帯）--　p15

各種様式等について
（1）関係様式の送付依頼書----------　p16
（2）予防接種済証----------　p17
（3）業務完了報告書及び委託料請求書----------　p18

その他
（1）定期接種実施要領（抜粋）----------　p19
（2）インフルエンザ予防接種ガイドライン（抜粋）----　p20
（3）定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の
取扱いについて(抜粋)----------　p26
（4）予防接種後副反応疑い報告書 ----------　p28
（5）予防接種後副反応疑い報告書（保護者報告用）----　p42

市町村連絡先----------　p43

はじめに

高齢者等に対するインフルエンザの予防接種は、予防接種法に基づき、市町村長が医師の協力の下に（委託して）実施するものです。このため、接種費用が委託料として市町村から医療機関に支払われます。

また、市町村は、実費相当額を対象者から徴収することができますが、対象者の利便を図るため、接種を行った医療機関にお願いしてその場で納入してもらっています。（したがって、市町村から医療機関へは、この差額が支払われます。）

なお、予防接種法に基づき市町村が行う予防接種では、医師は市町村長の補助者という立場で接種することになりますので、万一健康被害が発生してもその当事者は市町村長であり、賠償責任が生じた場合でもその責任は市町村長が負うことになります。したがって、医師は故意又は重大な過失がない限り、責任を問われることはありません。

インフルエンザ予防接種の広域実施をスタートさせてから、今年度で２０年目になります。

広域実施は「①住民の手間をできるだけ解消する。②市町村、医療機関の事務量及び経費のかかり増しは最小限にする。③参加する市町村、医療機関が多いほど有効性は高まる。」を念頭において、取り組んでいます。

実施方法・仕組みに関する御意見・御要望は、市町村は県健康福祉企画課に、医療機関は県医師会にお寄せください。実施していく中で色々な課題が生じることも予想されますが、よりよい仕組みにするために皆さまの御理解・御協力をお願いします。

接　種　対　象　者

１．６５歳以上の者

２．６０歳以上６５歳未満の者で、次のいずれかに該当する者

① 心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者（身体障害者手帳１級相当）

② 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害を有する者（身体障害者手帳１級相当）

（注）　国の予防接種実施規則では、この方々への接種回数は毎年度１回とされています。

Ｂ　類　疾　病　に　つ　い　て

季節性インフルエンザは、**個人予防目的**に比重を置いたＢ類疾病に分類されます。

Ｂ類疾病の予防接種は、予防接種の対象者には接種を受ける法律上の義務はなく、**予防接種の対象者が自らの意思で接種を希望し、予防接種の実施に関する明示の同意をした場合に限り接種を行うこととされています**。

また、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して差し支えないとされています。

その際、予防接種法の趣旨を踏まえ、**積極的な接種勧奨**にならないよう特に留意してください。

接種に当たっては、１９ページの「定期接種実施要領（抜粋）」をご覧いただき、接種者への説明・確認をお願いします。

書　類　の　準　備

原則的に、昨年、広域化による予防接種を行った医療機関等に対しては、接種事例のある市町村から昨年の実績に基づいた数量の「予診票」、「予防接種済証」、「インフルエンザ予防接種の委託料請求書」の書類が事前に送付されます。

今年から新たに広域化による予防接種を行う医療機関や、送付された書類が足りなくなった医療機関は、該当する市町村の担当課（43ページ）に連絡し、必要な書類を送ってもらってください。（電話で可能か、下記の「予防接種関係様式の送付依頼書」等による請求が必要か確認してください）。

また、市町村によって、接種を希望する人が書類を持参する場合もあります。詳しくは 12 ページの「市町村ごとの取扱い」をご確認ください。

（別紙様式）
令和６年１１月１日

山河町健康課
予防接種担当者 様

住 所 ○○市○○２３３０
医療機関・施設名 ○○病院
担当者職氏名 総務係長 健康 護冶

高齢者インフルエンザ予防接種関係様式の送付依頼書

当院・施設において貴市町村居住者に対する予防接種に対応するために必要な様式類を下記により送付くださるようお願いします。

記

１ 予診票　２０枚
２ 予防接種済証　２０枚
３ 予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書 ５枚

〔留意点〕
　医療機関は、所在する市町村外の予診票等については、県医師会ホームページに掲載している「広域用共通様式」をダウンロードし印刷して使用することができます。

※所在する市町村内の予診票等については、従来どおり市町村から送付される市町村ごとに定めた様式を使用してください。

補 足

１　「広域用共通様式」について　　仕様　Ａ４白色
　予 診 票：７ページに掲載しているもの
　接種済証：17 ページに掲載しているもの
　請 求 書：18 ページに掲載しているもの

２　ダウンロードやコピーを行わない医療機関の場合
　市町村から送付される、市町村ごとに定めた様式を使用してください。

３　上記１以外の各市町村で準備しているもの（例：説明書）
　市町村から送付される、市町村ごとに定めた様式を使用してください。

「共通様式」の予診票を使用する際の注意点

　接種にあたっては、接種希望者が、各市町村で作成している「説明書」を読み、内容を理解している必要があります。
　各市町村で作成している「説明書」を読まずに接種を受けることが無いようお願いします。
　医療機関において「説明書」が不足した場合には、各市町村から取り寄せてください。

※県医師会ホームページからダウンロードして使用してください。

広域用共通様式
（※市町村外のみ使用可）

山形県広域接種用

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

＊太枠内をペンで正確にご記入ください。
住所は住民票どおりにお書きください。

診　察　前　の　体　温	度　　分

住　　所	山形県 電話番号　　－　　－	
氏　　名		男　・　女
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類　（　　）	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印（朱肉用印鑑）

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名 Ｌｏｔ．Ｎｏ． （注）有効期限がきれていないか確認	（皮下接種0.5ml） ｍｌ	実施場所 医師名 接種年月日　令和　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　　被接種者自署（予防接種を受ける方の自署）

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

代筆者氏名　　被接種者との続柄

受　付　で　の　対　応

まず、健康保険証か運転免許証により、接種希望者の「居住地市町村」と接種対象者であるかを確認します。

この方が60歳から64歳までの場合は、身体障害者手帳等により障害の状況・程度が予防接種法に該当するか確認します。

市町村長が予防接種法に基づき実施するインフルエンザ予防接種の対象者は前述のとおりですので、これに該当しない方は任意接種となります。

ポイント

以下、**「接種費用」**という場合は、実費徴収（個人負担）額を含んだ**医療機関側の額**をいいます（医療機関が所在する市町村が定めた額。一定でない場合は医療機関が定めた額）。

また、**「市町村負担額」**という場合は、実費徴収（個人負担）した後、**対象者が住む市町村側が医療機関に支払う額**をいいます（対象者が居住する市町村が定めた額）。

接　種　希　望　者　の　書　類

市町村によって、接種希望者が書類を持参してくる場合と、持参しない場合があります。詳しくは１２ページの「市町村ごとの取扱い」でご確認ください。

接種希望者が書類を持参しない場合には、接種希望者の居住地市町村から事前に送付された書類を使用してください。

① 予診票

予防接種をして大丈夫かどうかを判断するための重要な書類です。内容が未記入・不備であれば接種までの間に記入してもらいます。

また、予診票は委託料の請求書に添付してください（予診票は市町村で保管します）。

※ 予診票の医師署名欄は、医師直筆（サイン）か、ゴム印使用の場合には印鑑を押印してください。

※ 予診票を持参している方については、持参したものを使用してください。

② 予防接種済証

予防接種法に基づき市町村が行うインフルエンザ予防接種は、一人につき毎年度１回だけですので、その確認と、万一健康被害が発生した場合の医療費等の請求手続きに必要です。接種後必要事項を記入し、記名・押印し本人に交付してください。

※ 予防接種済証を持参している方については、持参したものを使用してください。

※ 証明者は、接種した医師名（又は医療機関の代表者名）により記名・押印してください。

事前に送付されたこれらの書類（予診票、予防接種済証）が足りなくなった場合は、他の市町村から既に医療機関に送付された用紙を活用するか、該当する市町村の担当課に連絡して送付してもらうなどしてください。

費用の徴収・予防接種済証の交付

被接種者居住地の市町村負担額（別表３）と医療機関のある市町村が定めた接種費用額（別表２※）の差額を実費（個人負担金）として徴収します。

なお、生活保護世帯の場合は別表４、５に、住民税非課税世帯の場合は別表６、７にそれぞれの金額が掲載されています。

被接種者１人当たりの金額（消費税を含む）

（別表２）

（単位：円）

委託医療機関等所在市町村	接種費用
○　○　市	4,000
△　△　市	4,000
□　□　町	4,000
▼　▼　村	3,500
☆　☆　町	3,000
■　■　市	3,500

（別表３）

（単位：円）

被接種者居住地市町村名	市町村負担額
○　○　市	1,500
△　△　市	2,000
□　□　町	1,000
▼　▼　村	1,500
☆　☆　町	1,000
■　■　市	2,000

予防接種済証を交付します。

（別紙様式 1）

No

インフルエンザ予防接種済証

住 所 山河町大字山河２３１５
氏 名 健 康 太 郎
昭和１４年１２月１２日生

予防接種を行った日　令和６年１１月１日

令和６年１１月１日

○○県山河町長委託医
住所　○○市○○２３３０
医療機関・施設名　○○病院
医師名　健　康　護 ㊞

記名・押印して、被接種者本人に交付してください。

※ 接種費用の額は別表２のとおりです

委　託　料　の　請　求

① 市町村への委託料の請求は、翌月１０日までに行います。

② 請求書の作成にあたり、まず、予診票を市町村ごとに集めます。

③ 次に、「高齢者インフルエンザ予防接種広域実施の手引き」別表３に記載された市町村負担額と予診票の枚数を「予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書」（別紙様式２）の請求金額の内訳欄に記入し、請求金額を求めます（ただし、生活保護世帯など実費徴収を要しない場合とそれ以外に区分します）。

法人の場合、代表者印を押印してください。

（別紙様式２）

令和　　年　　月　　日

予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書

山　河　町　長　殿

住　　所　　○○市○○２３３０
医療機関・施設名　　○○病院
代表者職氏名　　院長　健　康　　護　㊞
（電話番号：　○○○－○○○－○○○○○○）

令和６年１２月分の委託業務が完了したので、高齢者インフルエンザ予防接種業務委託契約に基づき、令和６年１２月分の委託料を請求します。

請求金額　　３３，２００　円

（内　訳）

区　分	単　価	件　数	金　額
一般	１，５００　円	２０	３０，０００　円
実費徴収を要しない者	３，２００　円	１	３，２００　円

債権者番号	

口座振替（送金）払い依頼											
フリガナ	●　●　ギンコウ				フリガナ	マツナミシテン					
金融機関名	●　●　銀行				本・支店名	~~本店・~~　松波　支店					
金融機関コード	9	8	7	6	店番号	5	4	3			
フリガナ	●　●　ビョウイン　ジムキョクチョウ　ケンコウ　タモツ										
口座名義	●　●　病院　事務局長　健　康　保										
口座種別	普通・当座・その他（　）				口座番号	1	2	3	4	5	6	7

（以下は市町村で記入）

（以下省略）

債権者番号を除く太枠内を正確に記入してください。

代表者と口座名義人が異なる場合は委任状を添付してください。

請求書には「予診票」を添付します。

※１　実費徴収免除関係や市町独自の書類の添付が必要な場合があります（別表１参照）。

※２　「予診票」が必要な医療機関は、各自コピーをお願いします。

（別表１）

市町村ごとの取扱い

医師会名	市町村名	契約期間（実施期間）	契約方法				予防接種券		接種前の「予診票」送付（交付）先				予防接種済証（用紙）の送付（交付）先 ※証明者は全て医療機関				・実費徴収は全て医療機関 ・市町村への請求は、接種者住所地の負担金額	請求書添付書類		
			市町村内（地区医師会内）		他市町村（他地区）		交付（送付）しない	対象者に送付	市町村内（地区医師会内）		他市町村（他地区）		市町村内（地区医師会内）		他市町村（他地区）			予診票	身体障害者手帳写し※	その他
			県医師会	地区医師会等	県医師会	その他			医療機関	対象者	医療機関	対象者	医療機関	対象者	医療機関	対象者				
山形市	山形市	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○	※2	○	※2	○	※2	○	※2	○	○	○	
天童市 東村山郡	天童市	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○		
	山辺町	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○		
	中山町	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○	○生活保護で希望者	○		○		○		○		○	○	○	無料接種券（生保）
寒河江市 西村山郡	寒河江市	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○	○	生活保護接種券
	河北町	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○	○	無料接種券
	西川町	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○		無料証明書（生保）
	朝日町	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○	○	無料証明書（生保）
	大江町	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○	○生活保護で希望者	○		○		○		○		○	○		無料接種券（生保）
上山市	上山市	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○	○	生活保護無料接種券
北村山地区	村山市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○	○（一部）	○	○（一部）	○		○		○		○		○		○	○	○	免除決定通知書
	東根市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○	○（一部）	○	○（一部）	○		○		○		○		○		○	○	○	免除決定通知書
	尾花沢市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○	○（一部）	○	○（一部）	○		○		○		○		○		○	○	○	免除決定通知書
	大石田町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○	○（一部）	○		○		○		○		○		○	○	○	免除決定通知書
新庄市 最上郡	新庄市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○	※2	○	※2	○	※2	○	※2	○	○	○	
	金山町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○	※2	○	※2	○		○		○	○	○	
	最上町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○	○（一部）	○		○		○		○		○		○		○	○		
	舟形町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		
	真室川町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○			○		○		○		○	○	○		
	大蔵村	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○			○		○		○		○	○	○		
	鮭川村	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○			○		○		○		○	○	○		
	戸沢村	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		接種費用軽減証明書（生保）
酒田地区	酒田市	R6.10.1 ～ R6.12.28		○	○		○		○		○		○		○		○	○	○	減免対象者証明書
	庄内町	R6.10.1 ～ R6.12.28	○		○		○		○		○		○		○		○	○		減免依頼書
	遊佐町	R6.10.1 ～ R6.12.28	○		○		○		○		○		○		○		○	○	○	免除の証明書
鶴岡地区	鶴岡市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		
	三川町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		
南陽市 東置賜郡	南陽市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○	○	
	高畠町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○	○	減免決定通知書
	川西町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○	○（置賜管外）	○		○	○（置賜管外）	○	○		
長井市 西置賜郡	長井市	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		免除決定通知書
	小国町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		生保無料接種券
	白鷹町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○	○	免除対象者証明書（生保）
	飯豊町	R6.10.1 ～ R7.1.31	○		○		○		○		○		○		○		○	○		助成券
米沢市	米沢市	R6.10.1 ～ R7.1.31		○	○		○		○		○		○		○		○	○	○	生保受給証明書

① 実務上、35市町村全てをご覧になる必要はありません。

② まず、自分の医療機関がある市町村に住む（市町村内で接種を受けようとする）方の対応を把握することが基本です。

③ 次に近隣の市町村（接種希望者が来院しそうな市町村）の対応（表で網掛けしている部分）を確認します。

※ 県医師会に加入していない医療機関や予防接種の広域化に参加しない医療機関と市町村で個別に契約している例があります。

※ 60歳～65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及び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害を有する者に接種した場合。
※2 生活保護世帯及び中国残留邦人等支援給付を受けている世帯、原発特例法対象者

被接種者１人当たりの金額（消費税を含む）

（別表２）

（単位：円）

委託医療機関等所在市町村	接種費用
山　形　市	医療機関等が定める額
天　童　市	3,800
山　辺　町	3,800
中　山　町	3,800
寒河江市	3,800
河　北　町	3,800
西　川　町	3,800
朝　日　町	3,800
大　江　町	3,800
上　山　市	3,800
村　山　市	3,900
東　根　市	3,900
尾花沢市	3,900
大石田町	3,900
新　庄　市	医療機関等が定める額
金　山　町	4,000
最　上　町	医療機関等が定める額
舟　形　町	医療機関等が定める額
真室川町	医療機関等が定める額
大　蔵　村	医療機関等が定める額
鮭　川　村	4,000
戸　沢　村	4,000
酒　田　市	医療機関等が定める額
庄　内　町	医療機関等が定める額
遊　佐　町	医療機関等が定める額
鶴　岡　市	医療機関等が定める額
三　川　町	医療機関等が定める額
南　陽　市	3,700
高　畠　町	3,700
川　西　町	3,700
長　井　市	4,000
小　国　町	4,000
白　鷹　町	4,000
飯　豊　町	4,000
米　沢　市	4,000

（別表３）

（単位：円）

被接種者居住地市町村名	市町村負担額
山　形　市	1,500
天　童　市	2,000
山　辺　町	2,000
中　山　町	2,000
寒河江市	2,000
河　北　町	2,000
西　川　町	2,000
朝　日　町	2,000
大　江　町	2,500
上　山　市	2,000
村　山　市	1,900
東　根　市	1,900
尾花沢市	1,900
大石田町	1,900
新　庄　市	1,700
金　山　町	2,000
最　上　町	1,800
舟　形　町	2,000
真室川町	2,000
大　蔵　村	2,000
鮭　川　村	2,300（※2,000）
戸　沢　村	2,000
酒　田　市	1,700
庄　内　町	1,700
遊　佐　町	1,700
鶴　岡　市	1,500
三　川　町	1,500
南　陽　市	2,000
高　畠　町	2,000
川　西　町	2,000
長　井　市	2,000
小　国　町	1,500
白　鷹　町	2,000
飯　豊　町	2,000
米　沢　市	2,000

※（）内金額は他市町村で接種した場合
※接種費用が市町村負担額未満である場合は、当該接種費用額を市町村負担額とします。

被接種者１人当たりの金額(消費税を含む)（生活保護世帯）

（別表４）

（単位：円）

委託医療機関等所在市町村	接種費用
山　形　市	医療機関等が定める額
天　童　市	3,800
山　辺　町	3,800
中　山　町	3,800
寒河江市	3,800
河　北　町	3,800
西　川　町	3,800
朝　日　町	3,800
大　江　町	3,800
上　山　市	3,800
村　山　市	3,900
東　根　市	3,900
尾花沢市	3,900
大石田町	3,900
新　庄　市	医療機関等が定める額
金　山　町	4,000
最　上　町	医療機関等が定める額
舟　形　町	医療機関等が定める額
真室川町	医療機関等が定める額
大　蔵　村	医療機関等が定める額
鮭　川　村	4,000
戸　沢　村	4,000
酒　田　市	医療機関等が定める額
庄　内　町	医療機関等が定める額
遊　佐　町	医療機関等が定める額
鶴　岡　市	医療機関等が定める額
三　川　町	医療機関等が定める額
南　陽　市	3,700
高　畠　町	3,700
川　西　町	3,700
長　井　市	4,000
小　国　町	4,000
白　鷹　町	4,000
飯　豊　町	4,000
米　沢　市	4,000

（別表５）

（単位：円）

被接種者居住地市町村名	市町村負担額
山　形　市	医療機関等が定める額
天　童　市	医療機関等が定める額
山　辺　町	医療機関等が定める額
中　山　町	医療機関等が定める額
寒河江市	医療機関等が定める額
河　北　町	医療機関等が定める額
西　川　町	医療機関等が定める額
朝　日　町	医療機関等が定める額
大　江　町	医療機関等が定める額
上　山　市	医療機関等が定める額
村　山　市	医療機関等が定める額
東　根　市	医療機関等が定める額
尾花沢市	医療機関等が定める額
大石田町	医療機関等が定める額
新　庄　市	医療機関等が定める額
金　山　町	医療機関等が定める額
最　上　町	医療機関等が定める額
舟　形　町	医療機関等が定める額
真室川町	医療機関等が定める額
大　蔵　村	医療機関等が定める額
鮭　川　村	医療機関等が定める額
戸　沢　村	医療機関等が定める額
酒　田　市	医療機関等が定める額
庄　内　町	医療機関等が定める額
遊　佐　町	医療機関等が定める額
鶴　岡　市	医療機関等が定める額
三　川　町	医療機関等が定める額
南　陽　市	医療機関等が定める額
高　畠　町	医療機関等が定める額
川　西　町	医療機関等が定める額
長　井　市	医療機関等が定める額
小　国　町	医療機関等が定める額
白　鷹　町	医療機関等が定める額
飯　豊　町	医療機関等が定める額
米　沢　市	医療機関等が定める額

※（）内金額は他市町村で接種した場合
※接種費用が市町村負担額未満である場合は、当該接種費用額を市町村負担額とします。

被接種者１人当たりの金額（消費税を含む）（住民税非課税世帯）

（別表６）

（単位：円）

委託医療機関等所在市町村	接種費用
山　形　市	医療機関等が定める額
天　童　市	3,800
山　辺　町	3,800
中　山　町	3,800
寒河江市	3,800
河　北　町	3,800
西　川　町	3,800
朝　日　町	3,800
大　江　町	3,800
上　山　市	3,800
村　山　市	3,900
東　根　市	3,900
尾花沢市	3,900
大石田町	3,900
新　庄　市	医療機関等が定める額
金　山　町	4,000
最　上　町	医療機関等が定める額
舟　形　町	医療機関等が定める額
真室川町	医療機関等が定める額
大　蔵　村	医療機関等が定める額
鮭　川　村	4,000
戸　沢　村	4,000
酒　田　市	医療機関等が定める額
庄　内　町	医療機関等が定める額
遊　佐　町	医療機関等が定める額
鶴　岡　市	医療機関等が定める額
三　川　町	医療機関等が定める額
南　陽　市	3,700
高　畠　町	3,700
川　西　町	3,700
長　井　市	4,000
小　国　町	4,000
白　鷹　町	4,000
飯　豊　町	4,000
米　沢　市	4,000

（別表７）

（単位：円）

被接種者居住地市町村名	市町村負担額
山　形　市	1,500
天　童　市	2,000
山　辺　町	2,000
中　山　町	2,000
寒河江市	2,000
河　北　町	2,000
西　川　町	2,000
朝　日　町	2,000
大　江　町	2,500
上　山　市	2,000
村　山　市	1,900
東　根　市	1,900
尾花沢市	1,900
大石田町	1,900
新　庄　市	1,700
金　山　町	2,000
最　上　町	1,800
舟　形　町	2,000
真室川町	2,000
大　蔵　村	2,000
鮭　川　村	2,300（※2,000）
戸　沢　村	2,000
酒　田　市	1,700
庄　内　町	1,700
遊　佐　町	1,700
鶴　岡　市	2,000
三　川　町	2,000
南　陽　市	2,000
高　畠　町	2,000
川　西　町	2,000
長　井　市	2,000
小　国　町	1,500
白　鷹　町	2,000
飯　豊　町	2,000
米　沢　市	2,000

※（）内金額は他市町村で接種した場合
※接種費用が市町村負担額未満である場合は、当該接種費用額を市町村負担額とします。

（別紙様式）

令和　　年　　月　　日

市町村　　課

予防接種担当者　　様

住　　所

医療機関・施設名

担当者職氏名

高齢者インフルエンザ予防接種関係様式の送付依頼書

当院・施設において貴市町村居住者に対する予防接種に対応するために必要な様式類を下記により送付くださるようお願いします。

記

1　予診票　　枚

2　予防接種済証　　枚

3　予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書　　枚

ＦＡＸ番号：　　－　　－

（　　市町村　　課）

（別紙様式１）

No

インフルエンザ予防接種済証

住　　所

氏　　名

年　　月　　日生

予防接種を行った年月日　　年　　月　　日

年　　月　　日

○○県○○市町村長委託医
住　　所
医療機関・施設名
医　師　名　　㊞

備考　１　　この用紙は、日本産業規格Ａ列４番とすること。

（別紙様式２）

令和　　年　　月　　日

予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書

市町村長　　殿

住　　所
医療機関・施設名
代表者職氏名　　㊞
（電話番号：　　－　　－　　）

令和　　年　　月分の委託業務が完了したので、高齢者インフルエンザ予防接種業務委託契約に基づき、令和　　年　　月分の委託料を請求します。

請求金額　　円

（内　訳）

区　分	単　価	件　数	金　額
一般	円		円
実費徴収を要しない者	円		円

債権者番号	

口座振替（送金）払い依頼

振替先	フリガナ					フリガナ			
	金融機関名					本・支店名	本店・　　支店		
	金融機関コード					店番号			
	フリガナ								
	口座名義								
	口座種別	普通　・　当座　・　その他（　　）							
	口座番号								

（以下は市町村で記入）

市町村長　　様
上記のとおり完了したことを証明します。
令和　　年　　月　　日
検収者所属、職氏名　　㊞

別紙１

定期接種実施要領（抜粋）

（平成 25 年３月 30 日健発 0330 第２号厚生労働省健康局長通知
令和６年３月 29 日感発 0329 第２号厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知により一部改正　）

【予診並びに予防接種不適当者及び予防接種要注意者】

（４）　Ｂ類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける努力義務がないことを踏まえ、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。また、Ｂ類疾病の定期接種については、法の趣旨を踏まえ、積極的な接種勧奨とならないよう特に留意すること。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。

（５）　予診の結果、異常が認められ、予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号。以下「実施規則」という。）第６条に規定する者（予防接種を受けることが適当でない者）に該当する疑いのある者と判断される者に対しては、当日は接種を行わず、必要があるときは、精密検査を受けるよう指示すること。なお、インフルエンザの定期接種で接種後２日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者で、インフルエンザワクチンの接種をしようとするものは、施行規則第２条第 10 号（予防接種を行うことが不適当な状態にある者）に該当することに留意すること。

（６）　予防接種の判断を行うに際して注意を要する者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得ること。

【予防接種後副反応等に関する説明及び同意】

予診の際は、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、定期接種の対象者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合に限り接種を行うものとすること。

ただし、政令第３条第２項の規定による対象者に対して行う予防接種、政令附則第２項による日本脳炎の定期接種及びヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（いずれも 13 歳以上の者に接種する場合に限る。）において、保護者が接種の場に同伴しない場合には、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度についての説明を事前に理解する必要があるため、様式第四ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）を参考に、説明に関する情報を含んだ予診票を作成した上で、事前に保護者に配布し、保護者がその内容に関する適切な説明を理解したこと及び予防接種の実施に同意することを当該予診票により確認できた場合に限り接種を行うものとすること。

なお、児童福祉施設等において、接種の機会ごとに保護者の文書による同意を得ることが困難であることが想定される場合には、当該施設等において、保護者の包括的な同意文書を事前に取得しておくことも差し支えなく、また、被接種者が満 16 歳以上である場合は、被接種者本人の同意にて足りるものとする。

別紙２

Ｂ類疾病予防接種ガイドライン（抜粋）

（2023 年度版インフルエンザ・肺炎球菌感染症（Ｂ類疾病）予防接種ガイドライン及び
2024 年度版Ｂ類疾病予防接種ガイドラインより抜粋）　予防接種ガイドライン等検討委員会

【予防接種の対象者】

予防接種法施行令第３条及び予防接種法施行規則第２条の４、５及び６により、予防接種を行う対象者は、①65 歳以上の者（インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症）・65 歳の者（高齢者の肺炎球菌感染症）及び、②60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及び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害を有する者と定めている。

【被接種者等の責務】

Ｂ類疾病の予防接種は、主に個人予防目的のために行うものであることから、予防接種の対象者は、自らの意思と責任で接種を希望する場合に接種を行うこととなる。

予防接種の対象者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思確認をすることは認められるが、接種を希望することが確認できた場合に限り接種を行うことができる。Ｂ類疾病の定期接種については、法の趣旨を踏まえ、積極的な接種勧奨にならないよう特に留意する。対象者の意思確認ができない場合は、予防接種法に基づいた予防接種を行うことはできないことから、任意の予防接種として接種することを検討する。

【接種時期】

地域差はあるが、通常我が国のインフルエンザの流行は例年 12 月から３月が中心である。病原ウイルスは少しずつ抗原性を変えることが多く、ワクチンも毎年これに対応するウイルス株が選定されている。また、ワクチンが十分な効果を維持する期間は接種後約２週間後から約５カ月とされている。これらの理由によりワクチンの接種は毎年、該当シーズン用（次期冬季用）のワクチンを、流行が予想される時期とワクチンの有効期間が一致するように行う必要がある。従って、インフルエンザの予防接種は、過去の発生状況から考えて、より有効性を高めるために一般的には 10 月から 12 月中旬までの間に行うことが適当である。

【接種を受ける場所】

定期接種については、適正かつ円滑な予防接種の実施のため、市町村長の要請に応じて予防接種に協力する旨を承諾した医師が医療機関で行う個別接種を原則とする。十分な予診や被接種者の自らの意思確認を確実に行い予防接種の実施に関して文書（予診票）による同意（ただし、被接種者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思を確認することは差し支えない。以下同じ。）を得た場合に限り予防接種を実施する。

また、予防接種時間又は場所を一般外来とは分けて実施するなど、予防接種の対象者が患者として訪れた一般の受診者などから感染を受けないように十分配慮する必要がある。

ただし、予防接種の実施に適した施設において集団を対象にして行うこと（集団接種）も差し支えない。

なお、定期接種の対象者が寝たきり等の理由から、当該医療機関において接種を受けることが困難な場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策、副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、当該対象者が生活の根拠を有する自宅や入院施設等において実施しても差し支えない。これらの場合においては、「定期接種実施要領」の「13　Ａ類疾病の定期接種を集団接種で実施する際の注意事項」及び「14　医療機関以外の場所で定期接種を実施する際の注意事項」に留意する。

予防接種を受けた者には、予防接種済証を交付し、本人が接種記録を明確に認識できる措置をとる。

【接種液】

① 接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認する。

② 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用する。

また、凍結させないことなど、添付文書を確認の上、適切に貯蔵する。

【接種時の注意】

予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守する。

① 予防接種に従事する者は、手指を消毒する。

② ワクチンの種類によって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用する。

③ 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用する。

④ バイアル入りの接種液は、ゴム栓及びその周囲をアルコール消毒した後、ゴム栓を取り外さないで吸引する。

⑤ 接種用具等の消毒液は、適切に行う。

【被接種者への注意】

被接種者及び介護に当たる者等に対して、次に掲げる事項を周知する。

① ワクチン接種後 24 時間は有害事象*（健康状態の変化）の出現に注意し、観察しておく必要がある。特に、接種直後の 30 分以内は急激な健康状態の変化に注意する。

*有害事象（Adverse event）：薬物との因果関係がはっきりしないものを含め、薬物を投与された患者に生じたあらゆる好ましくない、あるいは意図しない徴候、症状、または病気。（日本薬学会）

② 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させる。

③ 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせる。

④ 被接種者又は介護に当たる者等は、③の場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに当該予防接種を行った市町村の担当部局に連絡する。

⑤ 予防接種当日の入浴は差し支えない。

【予防接種不適当者（予防接種を受けることが適当でない者）】

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

① 接種当日、明らかな発熱を呈している者。

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

② 重篤な急性疾患にかかっている者。

「重篤かつ急性」の疾患に罹患している場合には、病気の進展状況が不明であり、このような状態において予防接種を行ってはならない。「重篤でない急性」の疾患や「急性でない重篤」の疾患に罹患している場合、予防接種による効果が疾患に対する影響を上回ると判断できる者には、予防接種による効果と副反応について十分な説明の上、文書（予診票）による同意を得た場合に限り、予防接種を行うことができる。

③ 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな者。

④ インフルエンザの定期接種で、接種後２日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者には、インフルエンザワクチンの接種を行ってはならない。

⑥ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者。

①～④までに掲げる者以外で予防接種を行うことが不適当な状態にある者については、個別に接種医により判断されることとなるが、慎重な対応が必要である。

【予防接種要注意者】

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

予防接種の判断を行うに際して注意を要する者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得る。

予防接種要注意者は以下のとおり。

予防接種に際して注意を要する者（①から⑥までに掲げる者をいう。以下同じ。）について、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談の内容に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等、一般的な対処方法等について、あらかじめ決定しておく。

①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する者。

②予防接種で接種後２日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者。（インフルエンザの定期接種においては、接種不適当者になることに注意する。）

③過去にけいれんの既往のある者。

④過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者。

⑤（インフルエンザの場合）間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する者。

⑥接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者。

【他の予防接種との関係】

２種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種（混合ワクチン・混合トキソイドを使用する場合は、１つのワクチンと数え、同時接種としては扱わない。）は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができる。

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

【対象者の確認】

接種前に、予防接種の通知書その他本人確認書類の提示を求めるなど、対象者であることを慎重に確認する。

【予診】

Ｂ類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける努力義務がないことを踏まえ、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認する。

予防接種を希望する者がその必要性を理解しているか、予防接種不適当者又は予防接種要注意者に該当しないか、当日の体調がよいか等判断するためには予診票を活用し、十分に行う。

まず、予防接種の対象者本人が市町村から配付された予防接種の説明書により、予防接種の有効性、安全性を理解しているかどうかを質問する。理解していない場合には、あらかじめ説明書を用意しておき、接種前に読んでもらうか、又は医師が説明を行うなどによって、対象者が理解したことを必ず確認する。

予防接種予診票は、安全に当該予防接種が接種可能であるかを判定する重要な資料である。右側の医師記入欄には、追加問診によって知り得た必要事項を記載する。

予防接種の対象者の接種前診察（問診、検温、視診、聴診等）は全員に実施する。健康被害の大部分は不可避的に生ずるものであるため、これによってすべての健康被害の発生を予見できるものではないが、医師としては、予診を尽くし、最大限の努力をして、予防接種を受ける者の体調を確認することが求められる。

診察において、問題点があれば、安全のためその日は接種を中止し、最良と思われる接種時期を被接種者と医師で話し合い、接種機会の確保を図ることが必要である。

予防接種後に、ある疾患が偶然発見されたり、発病することがある。このような偶発的な疾患は、予防接種そのものによる副反応との鑑別が困難な場合もあるが、鑑別をより効果的に行うためには、あらかじめ接種前に接種を受ける者の状態を予診票を利用し、更に問診又は診察によって確認しておくことが大切である。

予防接種の対象者に対し、接種後の通常起こり得る反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について十分に説明し、当該対象者がその内容を理解した上で、接種を希望し、予防接種の実施に関して文書（予診票）による同意が無ければ接種を行うことはできないので注意する。

【予診票の各項目の留意点】

予診票の各項目のチェック方法は以下のとおりである。

① 体温

検温は接種を行う医療機関（施設）で行い、37.5℃（腋窩温又はこれに相当するもの）以上を指す者は明らかな発熱者として接種を中止する。

② 予防接種の効果や副反応についての事前確認

被接種者が当日受ける予防接種の必要性を理解しているかを確認するためのものである。

「はい」の場合でも内容の理解ができているかを確認しておくことが必要である。

③ 当日の体の具合

どのように具合が悪いかを記入する。病気の種類により、医師の判断で接種の可否を判断する。

④ 最近１か月の状態

１か月以内に重篤な急性疾患に罹患していた場合は、その状況を把握して、接種の可否を判断する。

⑤ インフルエンザワクチン接種の注意点

インフルエンザ予防接種で、接種後２日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者には、インフルエンザワクチンの接種を行ってはならない。

⑥ 既往歴、現病歴

病気の種類を知り、接種についての対応を決めるものである。継続して治療を受けている場合は、原則としてかかりつけ医が判断して接種する。病気の内容によっては、かかりつけ医が予防接種に関する専門医・予防接種センター等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上で、かかりつけ医以外の予防接種に関する専門医が接種、若しくは予防接種センターなどで接種することができる。

⑦ アレルギーなど

インフルエンザワクチンは、ウイルスの増殖に孵化鶏卵を用いるので、卵アレルギーが明確な者（食べるとひどいじんましんや発疹が出たり、口腔内がしびれる者）に対しては接種の際に注意を要する。

⑧ 医師記入欄

医師は予診票を確認し、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種の可否に関する判断を行い、被接種者に説明する。署名は医師の直筆で行う。

なお、ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行う。

⑨ 使用ワクチン名

副反応が出た場合に備え、ワクチン（の箱）につけられているワクチン名、ロット番号（これでワクチンメーカー名は確認できる。）等が記載された小さいシールを利用するのもよい。実施場所、医師名等の欄はゴム印でもよい。

⑩ 予防接種希望書

⑧で医師が接種可能と判断した場合、医師から予防接種に関する十分な説明を受け、その効果や接種後の通常起こり得る反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について十分に理解した上で、被接種者の接種希望を確認するために、最後に被接種者が署名する。

【接種の実際】

インフルエンザの予防接種は、原則として上腕伸側（外側）に皮下接種により行う。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては、注射針の先端が血管内に入っていないことを確認する。

接種を行う場合には、接種部位が良く見えるように十分に上腕を露出させ、また、着衣等で上腕を締め付けないようにしておく。

接種部位の消毒には通常消毒用アルコールを使用する。まれに被接種者がアルコールに対して過敏な症状を認める場合があるが、この場合アルコール綿で拭いた部分が赤くなる。接種後の状態を見るのに不都合な場合もあるので、前もってこのことが分かっている場合には、その他の適切な消毒剤を使用する。

皮下接種の場合、肘関節を屈曲させて、針の先端が筋肉内に入るのを防ぐため注射部位をつまみ隆起させ、皮下深く接種する。刺した時点で神経に接触していないかを確認する。もし針先が神経に接している場合にはその神経に沿った放散痛や強い痛みが生ずる。この場合には速やかに接種を中止し、接種部位を変更する。

接種後は接種部位を清潔なアルコール綿で押さえる。同部位を液が漏れ出ないように注意しながら揉まずに血が止まる程度に押さえるだけで良い。この時点であまり強く揉むと皮下出血を来すこともあるので、特に血管の脆弱な高齢者や出血傾向のある被接種者ではこの点注意を要する。

【予防接種後の反応】

予防接種後、一定の期間に種々の身体的反応や疾病がみられることがある。異常な反応を疑う症状がみられた場合、これを健康被害（有害事象）と呼んでいる。健康被害（有害事象）の起きる要因としては、予防接種そのものによる副反応の場合のほか、偶発的に発症又は発見された疾病が混入することがある（紛れ込み事故）。

副反応を起こさないため、さらには、紛れ込み事故を除外するためには、予防接種前に既往疾患を確認しておくことが重要である。このため接種前の体温測定、予診や予診票による健康状態のチェックが行われている。しかし、ワクチンの改良が進んだ今日でも、また予診を十分に行っていても、予防接種による予知できない重篤な副反応や後遺症はまれに起こりうる。そのため、予防接種に関わる者は、副反応とその対策に関する知識を持つとともに、特に、副反応及び有害事象に関する情報とワクチン接種後 24 時間以内の健康状態の変化、特に 30 分以内の急激な健康状態の変化には注意を要することを被接種者にも十分に説明し、副反応についても理解した上で自らの意思で接種を希望する場合に限り接種を行うため、予防接種の実施に関して文書（予診票）による同意を得ておくことが必要である。

【予防接種健康被害救済制度】

インフルエンザの予防接種による健康被害者からの健康被害救済に関する請求について、当該予防接種と因果関係がある旨を厚生労働大臣が認定した場合、市町村長は健康被害に対する給付を行う。給付内容の種類は以下のとおり。

ア　医療費および医療手当

予防接種を受けたことによる疾病について受けた医療に要した費用及びその入院通院等に必要な諸経費を支給。（入院を要すると認められる場合に必要な程度の医療に限る。）

イ　障害年金

予防接種を受けたことにより、政令別表第２に定める程度の障害の状態にある 18 歳以上の者に支給。（３級はなし。）

ウ　遺族年金

予防接種を受けたことにより、死亡した者が生計維持者の場合にその遺族に対して支給。（支給は、10 年間を限度とする。）

エ　遺族一時金

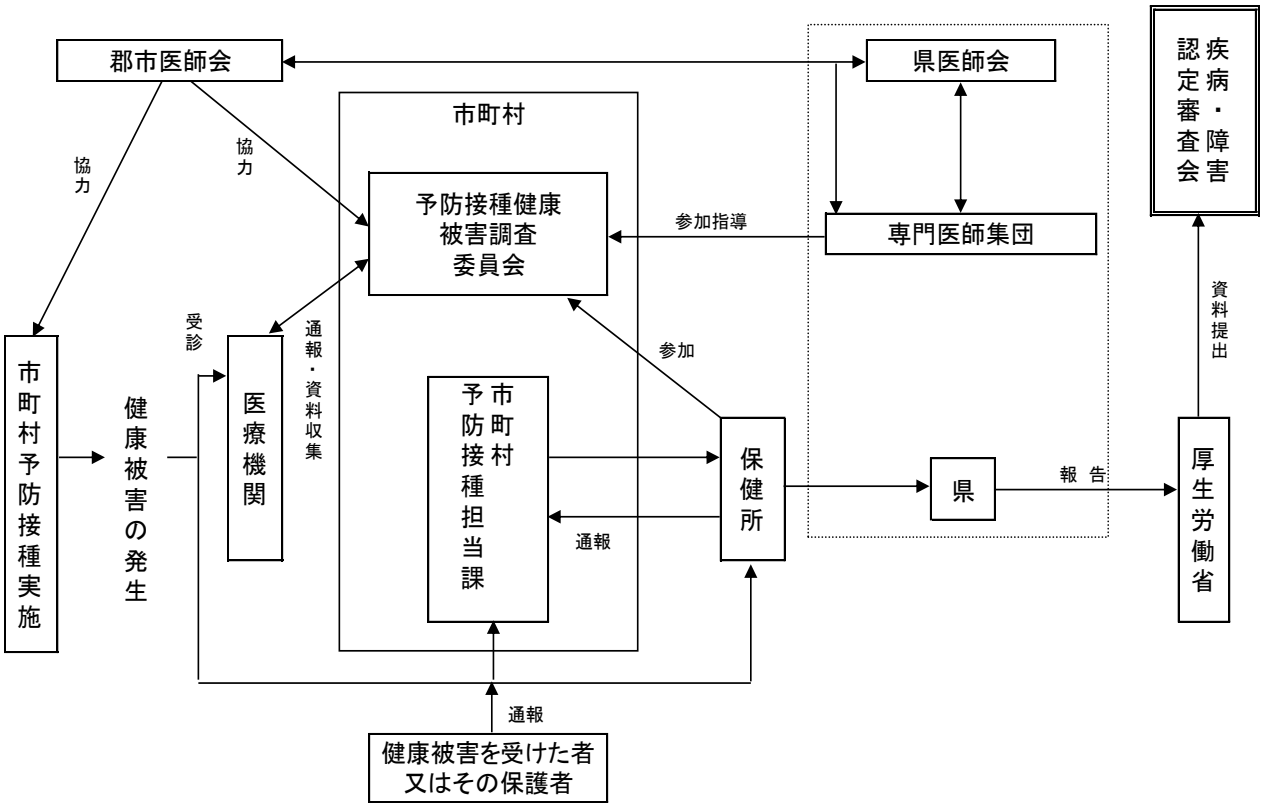
予防接種を受けたことにより死亡した者の配偶者又は同一生計の遺族に支給。

オ　葬祭料

予防接種を受けたことにより死亡した者の葬祭を行う者に対支給。

B 類疾病の請求期限
医療費：当該医療費の支給の対象となる費用の支払いが行われた時から５年。
医療手当：医療が行われた日の属する月の翌月の初日から５年。
遺族年金、遺族一時金、葬祭料：死亡の時から５年。ただし、医療費、医療手当又は障害年金の支給の決定があった場合には２年。

予防接種健康被害救済制度の概要



別紙３

定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて（抜粋）

（平成 25 年３月 30 日健発 0330 第３号薬食発 0330 第１号厚生労働省健康局長及び医薬食品局長通知
令和６年８月８日感発 0808 第５号医薬発 0808 第１号厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長及び医薬局長通知により一部改正）

１ 副反応疑い報告について

（１）市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、あらかじめ別紙様式１並びに急性散在性脳脊髄炎（ＡＤＥＭ）調査票、ギラン・バレ症候群（ＧＢＳ）調査票、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。以下同じ。））調査票、心筋炎調査票及び心膜炎調査票（以下「全種調査票」という。）を管内の医療機関に周知し、医師等が予防接種法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 36 号）第５条に規定する症状（別紙様式１の報告基準参照）を診断した場合には、速やかに電子報告システム（別添１、報告受付サイトURL：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html）にて機構へ報告するよう周知すること。なお、電子的な報告が困難な場合は予防接種の種類に関わらずFAX（FAX番号：0120-176-146）にて報告を受け付けている。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとすること。FAX による報告の場合、別紙様式１又は国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した別紙様式２を使用して報告すること（記載事項の詳細については、別紙様式１記入要領を参照すること）。また、いずれの手段による報告であっても、その症状が急性散在性脳脊髄炎（ＡＤＥＭ）、ギラン・バレ症候群（ＧＢＳ）、血栓症（ＴＴＳ）、心筋炎又は心膜炎と疑われる場合は、それぞれ急性散在性脳脊髄炎（ＡＤＥＭ）調査票、ギラン・バレ症候群（ＧＢＳ）調査票、血栓症（ＴＴＳ）調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票を作成して報告するものとすること。なお、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合にあっては、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告すること。各調査票の作成にあたっては、全ての項目について遺漏なく入力すること。また、報告対象となる症例の経過において複数の医師等が関与した場合にあっては、そのうち代表する者が、接種の状況や経過等の情報を可能な限り集約して調査票に入力の上、報告することが望ましいこと。

（２）機構は、医師等から（１）の報告を受理した後、速やかに厚生労働省へ報告すること。

（３）厚生労働省は、機構から（１）の報告を受理した後、速やかに都道府県に当該報告を情報提供するので、当該報告を受け取った都道府県は、速やかに予防接種を実施した市町村に情報提供すること。

（４）（１）の報告を行った場合には、厚生労働省において、医薬品医療機器等法第68 条の10 第２項の規定による報告としても取り扱うこととするため、医師等は、重ねて同項の規定による報告をする必要はないこと。

（５）患者に対して予防接種を行った医師等以外が、（１）の報告をする場合においては、記載が困難な事項については、記載する必要はないこと。

（６）厚生労働省、国立感染症研究所又は機構が（１）の報告に関する調査を行うことがあるので、医療機関の関係者等は、予防接種法第13 条第４項の規定に基づき、厚生労働省等から副反応疑い報告に関する情報収集等の協力依頼がなされた際には、これに協力すること。

（７）（１）の報告の内容については、厚生労働省、国立感染症研究所又は機構において調査等を実施した後、個人情報に十分配慮した上で、公開の場で検討することとするものであること。

（８）厚生労働大臣が（１）の報告に関して検討を加えた結果については、都道府県を通じて市町村に通知することがあるので、その際には、都道府県は、市町村に対して、速やかに管内の関係機関へ周知するよう依頼すること。

（９）市町村が被接種者又は保護者（以下「保護者等」という。）からの定期の予防接種等後に発生した健康被害に関し相談を受けた場合等には、必要に応じて、別紙様式３に必要事項を記入するよう促すとともに、それを都道府県を通じて、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課へ電子メール（メールアドレス：yoboseshu@mhlw.go.jp）にて報告すること。この

場合において、市町村は当該健康被害を診断した医師等に対し、（１）の報告の提出を促すとともに、医師等が報告基準に該当せず因果関係もないと判断しているなどの理由により、報告をしない場合には、その理由も添えて厚生労働省へ報告すること。

(10) 市町村が予防接種健康被害救済制度に基づく請求を受け付けた時には、当該健康被害を受けた方に関する副反応疑い報告がなされているかどうかについて、各市町村において確認し、市町村は当該健康被害を診断した医師等に対し、副反応疑い報告制度の趣旨に鑑み必要に応じて、当該報告の提出を促すこと。

２ 任意接種における健康被害の報告

都道府県及び市町村は、定期の予防接種以外の予防接種（以下「任意接種」という。）のみを行う医療機関に対しても、別紙様式１及び全種調査票並びに別紙様式２を周知し、当該報告への協力を求めること。任意接種における健康被害については、「医薬関係者からの医薬品、医療機器、再生医療等製品、医薬部外品及び化粧品の副作用、感染症及び不具合報告の実施要領について」（令和４年３月18日付け薬生発0318 第１号）の別添「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」実施要領の「（２）報告対象となる情報」に該当する疾病、障害若しくは死亡の発生又は感染症の発生であり、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、薬剤師その他医薬関係者は、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるとき（別記①～⑨参照）は、１（１）と同様に、速やかに電子報告システム（URL：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html）にて報告すること。なお、電子的な報告が困難な場合は予防接種の種類に関わらずFAX（FAX番号：0120-176-146）にて報告を受け付けている。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとすること。また、いずれの手段による報告であっても、急性散在性脳脊髄炎が疑われる症例については急性散在性脳脊髄炎（ＡＤＥＭ）調査票を、ギラン・バレ症候群が疑われる症例についてはギラン・バレ症候群（ＧＢＳ）調査票を、血栓症（ＴＴＳ）が疑われる症例については血栓症（ＴＴＳ）調査票を、心筋炎が疑われる症例については心筋炎調査票を、心膜炎が疑われる症例については心膜炎調査票を作成し、報告するものとすること。

（別記）

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

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

（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		□定期接種・臨時接種　□任意接種					
患者（被接種者）	氏名又はイニシャル（姓・名）	フリガナ （定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載）	性別	1 男　2 女	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	－	
	麻しん 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	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	血小板減少性紫斑病	28日	
		3	無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うもの）	－	
		4	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	－	

（別紙様式1）

＜注意事項＞

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。

8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者（被接種者）氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
11. 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
12. 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うものとされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただかなくて結構です。
13. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
・広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあっては、接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあっては、接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（キャッチアップ接種を含む。）にあっては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。

14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。

15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状（遅発性の症状又は遷延する症状を含む。）についても必要に応じて報告を検討してください。
けいれん（ただし、熱性けいれんを除く。）、ギラン・バレ症候群、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て新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。

16. 電子報告システム（報告受付サイト）による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
URL:https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
FAX番号:0120-176-146（各種ワクチン共通）

急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票

1. 組織病理診断	□ 実施	□ びまん性または多発性の脱髄部位がみられる
		□ その他（　　）
	□ 未実施	
	□ 不明	
2. 臨床症状	① 該当項目を全て選択	
		□ 炎症性脱髄が原因と推定される
		□ 初めての事象である（先行するワクチン接種の有無を問わない）
		□ これまでに、下記にあげるような中枢神経系の脱髄疾患の既往がある □ ADEM　□ 横断性脊髄炎　□ 視神経炎　□ 視神経脊髄炎 □ 多発性硬化症 □ clinically isolated syndrome（多発性硬化症における臨床的に初発の段階） □ その他（　　）
		□ 臨床的に多巣性の中枢神経系の障害（事象）である
		□ 発熱により説明できない脳症（意識の変容や行動変化）
		□ 不明
	② 中枢神経系に帰することのできる限局性または多発性所見について、該当項目を全て選択	
	以下のいずれかの症状が初めて発現した日（平成・令和　　年　　月　　日）	
		□ 脳症（例：意識レベルの低下または変容、嗜眠、または人格変化が24時間以上続く） □ 限局性皮質徴候（失語症、失読症、失書症、皮膚盲などを含むが、これらに限らない） □ 脳神経の単一または複数の異常 □ 視野の単一または複数の欠損（小児であれば、他覚的な眼科的検査の代用も可能である） □ 原始反射（バビンスキー徴候、眉間反射、口とがらし反射または吸引反射）の存在 □ 運動麻痺（広汎性または限局性、限局性である場合が多い） □ 感覚異常（感覚レベルはある場合も、ない場合もある） □ 深部腱反射の変化（反射減弱または亢進、反射の非対称性） □ 小脳の機能障害（運動失調症、測定障害、小脳性眼振など） □ その他（　　）
		□ 不明
3. 画像検査 （磁気共鳴画像診断（MRI）撮像）	□ 実施	検査日（平成・令和　　年　　月　　日）
		該当項目を全て選択
		□ びまん性または多発性の白質病変が、T2強調画像・拡散強調画像（DWI）、もしくはFLAIR画像（T1強調画像によるガドリニウム増強はあってもなくてもよい）において認められる
		□ 以下のような所見がある。（認められる所見を全て選択） □ 大脳白質優位の、びまん性、境界不鮮明で、大きな（＞1-2cm）病変を認める □ 白質のT1低信号病変を<u>認めない</u> □ 深部灰白質病変（例：視床または基底核）を認める
		□ 以下の多発性硬化症のMRI基準の二つとも、もしくはいずれかを<u>満たさない</u>
		＜MRIによる空間的多発の証明＞ 4つの中枢神経領域（脳室周囲、皮質直下、テント下、脊髄）のうち少なくとも2つの領域にT2病変が1個以上ある（造影病変である必要はない。脳幹あるいは脊髄症候を呈する患者では、それらの症候の責任病巣は除外する。） ＜MRIによる時間的多発の証明＞ 無症候性のガドリニウム造影病変と無症候性の非造影病変が同時に存在する（いつの時点でもよい。）。あるいは基準となる時点のMRIに比べてその後（いつの時点でもよい。）に新たに出現した症候性または無症候性のT2病変及び/あるいはガドリニウム造影病変がある。
		□ その他（　　）
	□ 未実施	
	□ 不明	

4. 疾患の経過	発症から最終観察までの期間　か月	
	疾患は単相パターンである(該当項目を全て選択) ☐ 症状のナディア(臨床症状が最悪である時期)から最低3か月以内の再発がない ☐ 発症後の3か月以内には臨床症状や画像上の変動はあってもよいが、3か月以降は症状の再発はない	
	疾患の単相パターンを示すには観察期間が不十分である(該当項目を全て選択) ☐ 症状のナディアから最低3か月以内の再発がないことを記録するには追跡期間が不十分である ☐ 発症後の観察期間が3か月以内である	
	☐ 不明	
5. 鑑別診断	該当項目を全て選択	
	☐ 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する ☐ 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した ☐ MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない	
	☐ 不明	
6. 髄液検査	☐ 実施	検査日(平成・令和　年　月　日)
		細胞数(　)/μL　糖(　)mg/dL　蛋白(　)mg/dL
		オリゴクローナルバンド ☐ あり ☐ なし
		IgGインデックスの上昇 ☐ あり ☐ なし
		☐ その他(　)
	☐ 未実施	
	☐ 不明	
7. 自己抗体の検査	☐ 実施	検査日(平成・令和　年　月　日)
		抗AQP4抗体 ☐ 陽性 ☐ 陰性
		抗MOG抗体 ☐ 陽性 ☐ 陰性
		☐ その他(　)
	☐ 未実施	
	☐ 不明	

ギラン・バレ症候群（GBS）調査票

1. 臨床症状	① 以下の臨床症状について該当項目を全て選択	
	□ 両側性かつ弛緩性の上肢や下肢の筋力低下（発現日　平成・令和　　年　　月　　日） □ 筋力低下を来した上肢や下肢における深部腱反射の低下または消失 □ 不明	
	② 報告時点までの、症状の極期におけるHughesの機能尺度分類 （当てはまるものを一つ選択）	
	□ 0：正常 □ 1：軽微な神経症候を認める □ 2：歩行器、またはそれに相当する支持なしで5mの歩行が可能 □ 3：歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能 □ 4：ベッド上あるいは車椅子に限定（支持があっても5mの歩行が不可能） □ 5：補助換気を要する □ 6：死亡 □ 不明	
2. 疾患の経過	□ 単相の疾患パターンを有し、筋力低下の発現から最悪の状態までの間隔が12時間から28日間であって、その後に臨床的安定期を迎えた （報告時点までの内容を元に選択）	
	□ その他（　　）	
	□ 不明	
3. 電気生理学的検査	□ 実施　　検査日（平成・令和　　年　　月　　日）	
	□ GBSと一致する （該当項目を全て選択） □ 運動神経伝導速度の低下　□ 遠位潜時の延長　□ 異常な時間的分散 □ 伝導ブロック　□ M波振幅の低下　□ F波出現頻度の低下 □ F波潜時の延長　□ その他、GBSに合致する所見	
	□ GBSとは一致しない	
	□ 未実施	
	□ 不明	
4. 髄液検査	□ 実施　　検査日（平成・令和　　年　　月　　日）	
	細胞数 （　　）/μL　糖 （　　）mg/dL　蛋白 （　　）mg/dL □ 蛋白細胞解離あり（検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および、50細胞/μLを下回るCSF総白血球数） □ 蛋白細胞解離なし	
	□ 未実施	
	□ 不明	
5. 鑑別診断	別表に記載されている疾患等の他の疾患に該当しない（別表参照）	
	□ はい □ いいえ 該当疾患名（　　） □ 不明	
6. 画像検査（磁気共鳴画像診断（MRI）撮像）	□ 実施	検査日（平成・令和　　年　　月　　日）
		該当項目を全て選択
		□ 脊髄灰白質病変 □ 馬尾の造影病変 □ その他　部位（　　） 所見（　　）
	□ 未実施	
	□ 不明	

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

（別　表）

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

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

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

1. 臨床症状/所見	※新型コロナワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を西暦で記載。			
	□ 意識障害 （ 年 月 日）	□ 視覚異常（霧視，複視など）（ 年 月 日）	□ 頭痛 （ 年 月 日）	
	□ 精神症状 （ 年 月 日）	□ 失語症・構音障害 （ 年 月 日）	□ 痙攣 （ 年 月 日）	
	□ 半側空間無視（ 年 月 日）	□ 運動失調性歩行 （ 年 月 日）	□ 脳症 （ 年 月 日）	
	□ うっ血乳頭 （ 年 月 日）	□ 眼球運動異常 （ 年 月 日）		
	□ 顔面麻痺 （ 年 月 日）	□ 局所運動麻痺 （ 年 月 日）		
	□ 片麻痺 （ 年 月 日）	□ 脳の機能の局在に一致した神経症状 （ 年 月 日）		
	□ 胸痛 （ 年 月 日）	□ 血圧低下 （ 年 月 日）	□ 頻脈 （ 年 月 日）	
	□ チアノーゼ （ 年 月 日）	□ 突然死 （ 年 月 日）	□ 不整脈（ 年 月 日）	
	□ 息切れ （ 年 月 日）	□ 頻呼吸 （ 年 月 日）	□ 喀血 （ 年 月 日）	
	□ 咳嗽 （ 年 月 日）			
	□ 腹痛 （ 年 月 日）	□ 悪心・嘔吐 （ 年 月 日）	□ 下痢 （ 年 月 日）	
	□ 腹部膨満 （ 年 月 日）	□ 血便 （ 年 月 日）	□ 腹水 （ 年 月 日）	
	□ 肝腫大 （ 年 月 日）			
	□ 下肢の腫脹 （ 年 月 日）	□ 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 （ 年 月 日）		
	□ 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 （ 年 月 日）	□ 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 （ 年 月 日）		
	□ その他 （ ） （ 年 月 日）			
	※発症日（上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。） 西暦 年 月 日			

		初回検査日（ 西暦 年 月 日）	経過中の最低値 *1 または最高値 *2
2. 検査所見	＜血算＞		
	スメアでの凝集所見	□ あり □ なし □ 未実施	
	白血球数	（ /μL）	
	赤血球数	（ ×10^4/μL）	
	血色素	（ g/dL）	
	ヘマトクリット	（ %）	
	血小板数	（ ×10^4/μL）	（ ×10^4/μL）*1
	平時の血小板数* ＊把握が可能な場合のみ記載。	（ ×10^4/μL）	
	＜凝固系検査＞		
	PT	（ 秒）	
	PT-INR	（ ）	（ ）*2
	APTT	（ 秒）	
	フィブリノゲン	（ mg/dL）	（ mg/dL）*1
	D-ダイマー	（ μg/mL）	（ μg/mL）*2
	FDP	（ μg/mL）	
	抗血小板第4因子抗体（抗PF4抗体）	検査日（ 西暦 年 月 日） □ 陽性（ ） □ 陰性 □ 未実施 □ 検査中	
	検査方法	（ 法）例；ELISA法	
	抗HIT抗体（抗PF4-ヘパリン複合体抗体）	検査日（ 西暦 年 月 日） □ 陽性（ U/mL） □ 陰性 □ 未実施 □ 検査中	
	検査方法	（ 法）例；ラテックス凝集法、CLIA法	
	SARS-CoV-2検査	検査日（ 西暦 年 月 日） □ 陽性 □ 陰性 □ 未実施 □ 検査中	
	検査方法	□ 核酸増幅法（PCR / LAMP） □ 抗原定性検査 □ 抗原定量検査 □ その他（ ）	
	その他の特記すべき検査	□ あり □ なし 検査日（ 西暦 年 月 日） （ ）	

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

5. その他	**診断病名** (複数選択可) ☐ 脳静脈洞血栓症またはその他の脳静脈血栓症　☐ 脳卒中　☐ 深部静脈血栓症 ☐ 心筋梗塞　☐ 肺血栓塞栓症　☐ 動脈血栓症 ☐ 腹腔内血栓症　☐ その他(　　) **除外した疾患**　☐ あり　☐ なし (複数選択可) ☐ ヘパリン起因性血小板減少症　☐ 血栓性微小血管症 ☐ 免疫性血小板減少症　☐ 播種性血管内凝固症候群 ☐ 抗リン脂質抗体症候群　☐ 発作性夜間ヘモグロビン尿症 ☐ その他(　　) **COVID-19の罹患歴** ☐ あり　(　罹患時期　; 西暦　　年　　月　　日　)　☐ なし　☐ 不明 **ヘパリンの投与歴(発症日までの100日間の投与の有無を記載)** ☐ あり　(　最終投与日 ; 西暦　　年　　月　　日　)　☐ なし　☐ 不明 (　投与理由 ;　　) **血栓のリスクとなる因子**　☐ あり　☐ なし　☐ 不明 ※発症時に以下の状態があればチェックを入れ、疾患名を記載。 (複数選択可) ☐ 妊娠/産褥期　☐ 脱水　☐ 喫煙　☐ 中心静脈カテーテル留置(PICC*2を含む) ☐ 不動(長期臥床など)　☐ 重症貧血　☐ 糖尿病　☐ ホルモン治療または経口避妊薬内服 ☐ 肥満　(BMI;　　)　☐ 外傷　(疾患名;　　) ☐ 遺伝性血栓疾患　(疾患名;　　)　☐ 慢性肝疾患　(疾患名;　　) ☐ 悪性腫瘍　(疾患名;　　)　☐ 最近の1年間の手術　(疾患名;　　) ☐ 骨髄増殖性腫瘍　(疾患名;　　)　☐ 炎症疾患または免疫疾患　(疾患名;　　) ☐ 感染症*1　(疾患名;　　)　☐ その他(　　) *1 新型コロナウイルス感染症を除く　*2 PICC: peripherally inserted central catheter

心筋炎調査票

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

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

※日付は西暦で記載してください。

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

4．画像検査	**心臓MRI検査** □ 実施　検査日　（　年　月　日）　□ 未実施　□ 不明 □ 造影あり　□ 造影なし 異常所見　□ あり　□ 疑う　□ なし □ （心筋の浮腫）T2強調像における浮腫所見。典型的には斑状の浮腫。 □ （心筋の損傷）T1強調像におけるガドリニウム遅延造影像。ただし、心筋の信号強度が骨格筋よりも高く、典型的には少なくとも1カ所の非虚血領域において遅延造影像を認める。 □ その他 〔　〕
	直近の冠動脈検査 □ 実施　□ 未実施　□ 不明 検査方法　□ 血管造影検査　検査日（　年　月　日） □ 冠動脈CT検査　検査日（　年　月　日） □ 冠動脈MRI検査　検査日（　年　月　日） □ その他（　）　検査日（　年　月　日） 冠動脈狭窄　□ あり　□ 疑う　□ なし ※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。 〔　〕
	心臓超音波検査 □ 実施　検査日　（　年　月　日）　□ 未実施　□ 不明 異常所見　□ あり　□ 疑う　□ なし 左室駆出率　（　）％ ※新規に出現した下記の所見があれば、チェックを入れてください。 □ 右室又は左室の、局所又はびまん性の機能異常（例：駆出率低下）　□ 心室壁厚の変化 □ 局所の壁運動異常　□ 心嚢液貯留 □ 心室全体の収縮能又は拡張能の、低下又は異常　□ 心腔内血栓 □ 心室の拡大 ※新規に出現した所見であるか不明の場合についてはその他に記載してください。 □ その他 〔　〕
	その他の画像検査 □ 実施　検査日　（　年　月　日）　□ 未実施 検査方法　（　） 異常所見　□ あり　□ 疑う　□ なし ※詳細な部位と所見を記載してください。（心臓超音波検査を複数回実施した場合は下記に所見を記載。） 〔　〕
5．心電図検査	**心電図検査** □ 実施　検査日　（　年　月　日）　□ 未実施　□ 不明 異常所見　□ あり　□ 疑う　□ なし ※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。 □ 発作性又は持続性の、心房性又は心室性不整脈 （心房期外収縮、心室期外収縮、上室性頻脈、心室性頻脈、心室内伝導遅延、異常Q波、低電位） □ 房室伝導遅延又は心室内伝導障害（Ⅰ～Ⅲ度房室ブロック、新規に出現した脚ブロック） □ 持続モニターで検出された頻回に出現する心房性期外収縮又は心室性期外収縮 □ ST上昇又は陰性T波　□ 心房期外収縮、又は心室期外収縮 □ R波減高、低電位、異常Q波 □ その他の異常所見 〔　〕
6．鑑別診断	該当項目を選択 □ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定されている □ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定できない □ 不明

心膜炎調査票

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

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

※日付は西暦で記載してください。

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

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

（別紙様式3）

予防接種後に発生した症状に関する報告書（保護者報告用）

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

市　町　村　連　絡　先

市町村名	担当課	電話番号(内線)	FAX番号	住所	
山形市	健康増進課	023-616-7274（直通）	616-7276	〒990-8580	山形市城南町1－1－1　霞城セントラル４階
天童市	保険給付課	023-654-1111(753)	658-8547	〒994-8510	天童市老野森1-1-1
山辺町	保健福祉課 (保健福祉センター)	023-667-1177(直通)	667-1176	〒990-0323	山辺町大字大塚836-1
中山町	健康福祉課	023-662-2836(直通)	662-2065	〒990-0406	中山町大字柳沢2336-1
寒河江市	健康増進課	0237-85-0973(直通)	83-3201	〒991-0021	寒河江市中央2-2-1
河北町	健康福祉課	0237-73-5158(直通)	72-7333	〒999-3511	河北町谷地戊81
西川町	健康福祉課	0237-74-5057(直通)	74-4811	〒990-0702	西川町大字海味543-8
朝日町	健康福祉課	0237-67-2116(直通)	67-2117	〒990-1442	朝日町大字宮宿1115
大江町	健康福祉課	0237-62-2114(直通)	62-4736	〒990-1101	大江町大字左沢882-1
上山市	健康推進課	023-672-1111(157)	672-8522	〒999-3192	上山市河崎1-1-10
村山市	保健課	0237-55-2111(136)	55-2265	〒995-8666	村山市中央1-3-6
東根市	健康推進課	0237-43-1155(179)	41-2232	〒999-3796	東根市中央1-5-1
尾花沢市	健康増進課	0237-22-1111(621)	24-0322	〒999-4292	尾花沢市若葉町1-2-3
大石田町	保健福祉課	0237-35-2111(171)	35-2118	〒999-4112	大石田町緑町1
新庄市	健康課	0233-29-5790(直通)	23-2469	〒996-8501	新庄市沖の町10-37
金山町	健康福祉課	0233-29-5624(直通)	52-2004	〒999-5402	金山町大字金山324-1
最上町	健康福祉課	0233-43-3117(606)	43-3115	〒999-6101	最上町大字向町43-1
舟形町	健康福祉課	0233-32-0810(直通)	32-2117	〒999-4601	舟形町舟形263
真室川町	福祉課	0233-62-3436(直通)	64-1526	〒999-5312	真室川町大字新町469-1
大蔵村	健康福祉課	0233-75-2111(271)	75-2231	〒996-0212	大蔵村大字清水2528
鮭川村	健康福祉課	0233-55-2111(136)	55-3269	〒999-5292	鮭川村大字佐渡2003-7
戸沢村	健康福祉課	0233-72-2364(153)	72-2116	〒999-6401	戸沢村古口270
酒田市	健康課	0234-24-5733(直通)	24-5778	〒998-0036	酒田市船場町2-1-30
庄内町	保健福祉課	0234-42-0147(直通)	42-0894	〒999-7781	庄内町余目字町132-1
遊佐町	健康福祉課	0234-72-4111(直通)	72-4113	〒999-8301	遊佐町遊佐字南田筋3-1
鶴岡市	健康課	0235-35-0157(直通)	25-7722	〒997-0033	鶴岡市泉町5-30
三川町	健康福祉課	0235-35-7032(直通)	66-3139	〒997-1301	三川町大字横山字西田85
南陽市	すこやか子育て課	0238-40-1693(直通)	40-3387	〒999-2292	南陽市三間通436-1
高畠町	健康子育て課	0238-52-5045(直通)	52-5044	〒992-0351	高畠町大字高畠379-1
川西町	健康子育て課	0238-42-6640(直通)	42-6614	〒999-0193	川西町大字上小松977-1
長井市	健康スポーツ課	0238-82-8009(直通)	87-3310	〒993-8601	長井市栄町1-1
小国町	健康福祉課	0238-61-1000(直通)	61-1005	〒999-1356	小国町大字あけぼの1-1
白鷹町	健康福祉課	0238-86-0210(直通)	86-0115	〒992-0831	白鷹町大字荒砥甲488
飯豊町	健康福祉課	0238-86-2338(直通)	86-2230	〒999-0604	飯豊町大字椿3654-1
米沢市	健康課	0238-24-8181(204)	24-5050	〒992-0059	米沢市西大通1-5-60