

令和7年4月25日改正版

令和7年度

乳幼児等の予防接種 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
令和 7 年度の接種対象者-----	p3
広域実施の流れについて	
（1）書類の準備-----	p4
（2）受付での対応-----	p5
（3）接種希望者の持参書類-----	p6
（4）費用の徴収・予防接種済証の交付-----	p8
（5）委託料の請求-----	p9
市町村ごとの対応について	
（1）市町村ごとの取扱い-----	p10
（2）被接種者 1 人 1 回当たり予防接種費用-----	p11
（3）被接種者 1 人 1 回当たり予防接種市町村負担額 --	p12
各種様式等について	
（1）関係様式の送付依頼書-----	p13
（2）予防接種済証-----	p14
（3）業務完了報告書及び委託料請求書-----	p15
予防接種後の副反応について	
（1）副反応報告の流れ-----	p16
（2）予防接種後副反応疑い報告書-----	p17
（3）予防接種後副反応報告書（保護者報告用）-----	p31
出生後早期の B 型肝炎ワクチンの接種について	
（1）出生後早期の B 型肝炎ワクチン接種の対応-----	p32
（2）対応フロー図-----	p33
（3）広域連絡票-----	p34
市町村連絡先-----	p35

は　じ　め　に

わが国の予防接種制度は、伝染のおそれのある疾病の発生及びまん延を予防するために予防接種を行い、公衆衛生の向上及び増進と予防接種による健康被害の迅速な救済を図ることを目的として、昭和２３年に「予防接種法」が施行されたことによりはじまりました。

その後、対象とする感染症の世界的状況の変化やまれながら起こり得る副反応（健康被害）に対する国民の意識の高まりなどにより、平成６年から予防接種を、それまでの義務接種から努力義務とする大きな改正が行われ、これが現行の「予防接種法」の基本となっています。

さらに、平成１３年には、まん延予防に比重を置いた一類疾病と、個人の重症化防止を目的とする二類疾病の二分類とする改正、平成１８年には結核予防法の廃止によって、BCGを予防接種法の対象に追加する改正、平成２５年には、HPV、ヒブ、小児用肺炎球菌、平成２６年には水痘、成人用肺炎球菌感染症、平成２８年にはＢ型肝炎、令和２年１０月にはロタウイルスが対象に追加されるなどの改正が行われました。

こうした中、山形県では、県内における乳幼児等の定期予防接種の広域実施体制を構築し、被接種者の利便性の向上を図っています。

広域実施の方法・仕組みに関する御意見・御要望がありましたら、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。

市町村、医療機関の関係者の皆様におかれましては、今後とも本制度の円滑な実施について、御理解、御協力をいただきますようお願いいたします。

令和7年度の接種対象者

※ 年度途中に法改正等により対象者の考え方に変更があった場合は、変更後の対象者に則します。

1 五種混合（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン）	生後2月から90月に至るまでの間にある者
2 四種混合（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）	
3 三種混合（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）	
4 二種混合（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）	11歳以上13歳未満の者
5 急性灰白髄炎（不活化ポリオワクチン）	生後3月から90月に至るまでの間にある者
6 麻しん・風しん混合（乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン）	①生後12月から24月に至るまでの間にある者 ②5歳以上7歳未満の者で、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者
7 麻しん（乾燥弱毒生麻しんワクチン）	
8 風しん（乾燥弱毒生風しんワクチン）	
9 日本脳炎（乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン）	①生後6月から生後90月に至るまでの間にある者 ②9歳以上13歳未満の者 【特例対象者】 （1）平成19年4月2日から平成21年10月1日に生まれた者で、平成22年3月31日までに接種が終了していない者で、①、②の年齢にある者 （2）平成17～21年度にかけての積極的接種勧奨の差し控えにより、予防接種を受ける機会を逸した者（平成7年4月2日から平成19年4月1日に生まれた者）については20歳未満の者。）
10 BCG	1歳に至るまでの間にある者
11 HPVワクチン	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女性 【令和7年度のみ定期接種対象者】 ・キャッチアップ接種対象者のうち、令和4年4月1日～令和7年3月31日までにHPVワクチンを1回以上接種した者 ・平成20年度生まれの女子で、令和4年4月1日～令和7年3月31日までにHPVワクチンを1回以上接種した者
12 ヒブワクチン	生後2月から60月に至るまでの間にある者
13 小児用肺炎球菌ワクチン	生後2月から60月に至るまでの間にある者
14 水痘	生後12月から36月に至るまでの間にある者
15 B型肝炎	1歳に至るまでの間にある者
16 ロタウイルスワクチン	・経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチンを使用する場合は、出生6週0日後から24週0日後までの間にある者 ・五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンを使用する場合は、出生6週0日後から32週0日後までの間にある者

（注1）市町村によって、広域実施の対象としない予防接種があります。（別表1を参照）

広域実施の流れについて

(1) 書類の準備

「予診票」（各市町村の任意様式）、「予防接種済証」（統一様式）は、接種希望者（保護者）が持参します。

「予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書」は、実際に接種を希望する方がこられた場合に、医療機関は、該当する市町村役場の担当課に連絡し、様式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）。

(別紙様式) 令和 7 年 4 月 1 5 日	
〇〇市健康課 予防接種担当者 様	住 所 〇〇市〇〇 2 3 3 0 医療機関・施設名 〇〇病院 担当者職氏名 総務係長 健康 護治
乳幼児等の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いたします。	
記	
1 予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書 1 2 枚	
F A X 番 号 : 〇〇〇-×××-〇〇〇〇 (市町村 課)	

(2) 受 付 で の 対 応

まず、母子健康手帳やマイナンバーカード等により、接種希望者の「居住地市町村」と「希望する予防接種の対象者であること」を確認します。

接種希望者が発熱等の予防接種不適當要因によらないで、予防接種法に基づく接種年齢を満たさない場合は、任意接種となります。この場合、予防接種による健康被害については、予防接種法に基づく健康被害救済制度が適用されません。

ただし、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法第4条第6項に規定する医薬品の副作用によるものであり、被害者が同法に定める者に該当する場合には、同法に基づく副作用給付が行われることとなります。また、市町村が損害保険制度に加入している場合には損害給付の対象となります。

医療機関では、以上を保護者に説明した上で、保護者の同意を得ていただく必要があります。

実際の対応については、該当する市町村の担当課に連絡し、確認してください。

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）。

(3) 接 種 希 望 者 の 持 参 書 類

※以下の市町村毎の対応について、詳しくは別表1（10ページ）をご確認ください。

接種希望者（保護者）は、次の書類を持参しています。（持参していない場合は、忘れた場合も考えられますので、接種希望者が居住する市町村に確認してください。）

① 母子健康手帳

乳児又は幼児の場合、予防接種の対象者が確認するために必要です。

また、予防接種終了後は、予防接種の種類、接種年月日その他証明すべき事項を記載します。

※ 二種混合Ⅱ期、日本脳炎Ⅱ期及びHPVワクチンの希望者の場合、持参しない場合があります。この場合、健康保険証等で確認してください。

② 予防接種券（統一様式）

会計の際の実費（個人負担金）の徴収と、月ごとの市町村への委託料の請求※1に必要です。

- 予防接種券は、居住地以外の市町村の医療機関で接種を受けようとする方は、基本的に必ず持参することになっています。（郡市地区医師会等との契約が優先される場合は、持参しない場合があります。）
- 予防接種を希望される方の住所、氏名等、接種費用（実費徴収（自己負担）額、市町村負担額）は、居住地市町村で記入します。
- 予防接種終了後、接種医療機関名、接種日等を記入し、保管願います。

※1 委託料の請求書に添付します。

③ 予診票（各市町村が定めた様式）

予防接種をして大丈夫かどうかを判断するため重要な書類です。内容が未記入・不備であれば接種までの間に記入※²してもらいます。

委託料の請求書に添付します。（予診票は、市町村で保管することとされています。）

※² 予診票の医師署名欄は、医師直筆（フルネーム）か、ゴム印使用の場合には印鑑（朱肉）を押印してください。

④ 予防接種済証（統一様式）

二種混合Ⅱ期、日本脳炎Ⅱ期及びHPVワクチンについては、乳児又は幼児以外が対象となるため、基本的※³に予防接種終了後は予防接種済証を交付します。

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。

予防接種後、接種者（保護者）が持参した予防接種済証に、必要事項を記入し、記名・押印※⁴し本人（保護者）に交付してください。

※³ 市町村によっては、他の方法（母子健康手帳に記入）による場合があり、予防接種済証は交付しない場合があります。（p10別表1参照）

※⁴ 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。

これらの書類を忘れて来院した場合、接種希望者の居住市町村に連絡して協議するなど便宜を図ってください。

（４）費用の徴収・予防接種済証の交付

実費徴収（自己負担）額が記入されている場合、その金額を徴収します。

なお、差額がない場合、生活保護世帯など実費の徴収を要しない場合は０円が記入されます。

市町村名： ●●町			
二種混合予防接種券			
1 予防接種を受ける方			
住 所	●●町大字●●2315		
氏 名	健 康 太 郎		
生年月日（年齢）	平成26年 11 月 10 日生 （ 10 歳）		
2 接種費用			
実費徴収（自己負担）額	1,000円	市町村があらかじめ記入。接種費用と居住地の市町村負担額に差額がある場合は、実費徴収額を記入。差額がない場合及び実費徴収を要しない世帯の場合は「0円」と記入。	
市町村負担額	4,000円	市町村があらかじめ記入。差額がない場合及び実費徴収を要しない世帯の場合は接種費用全額を記入。	
※ 接種費用は、予防接種を受ける医療機関がある市町村の費用となります。 市町村への委託料の請求単価となります。			
3 接種医療機関			
住 所	●●市●●2330		
医療機関名	●●病院	接種医師氏名	健 康 護
4 接種日及び母子健康手帳への記録等 （医療機関が手帳へ記入後又は予防接種済証交付後に該当するものを○で囲む。）			
接種年月日	令和6年6月10日	母子健康手帳に記入済	○ 予防接種済証交付済

＊ 1・2は市町村があらかじめ記入。3・4は予防接種後、医療機関が記入。

二種混合、日本脳炎Ⅱ期及びHPVワクチンの場合で予防接種済証を交付した場合、その旨予防接種券にも記録します。

（別紙様式 1－1）

No _____	ジ フ テ リ ア 破 傷 風	予防接種済証（第Ⅱ期）
住 所 ●●町大字●●2315 氏 名 健 康 太 郎 平成26年11月10日生		
予防接種を行った年月日		令和7年6月10日
令和6年6月10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 ⑧		

備考 1 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

★ 五種混合、四種混合、三種混合、不活化ポリオ、麻しん・風しん混合（Ⅰ期、Ⅱ期）、麻しん（Ⅰ期、Ⅱ期）、風しん（Ⅰ期、Ⅱ期）、日本脳炎（Ⅰ期）、BCG、ヒブ、小児用肺炎球菌、水痘、B型肝炎及びロタウイルスの場合は、母子健康手帳に必要事項記入のうえ、記名、押印してください。

※ 接種費用の額は別添1のとおりです。ただし、BCGや市町村内で料金が一定でない地域においては、「医療機関が定める金額」となります。

(5) 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、まず予診票と予防接種券を市町村ごとに集めます。
- ③ 次に、予防接種券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。（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）。

予防接種の種類	区 分	単 価	件 数	金 額
五種混合	一般			
	実費徴収を要しない者			
四種混合	一般			
	実費徴収を要しない者			
三種混合	一般			
	実費徴収を要しない者			
二種混合	一般			
	実費徴収を要しない者			

～ 中 略 ～

小児用肺炎球菌		一般			
		実費徴収を要しない者			
水痘		一般			
		実費徴収を要しない者			
B 型肝炎		一般			
		実費徴収を要しない者			
ロタウイルス	(1価)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(5価)	一般			
		実費徴収を要しない者			

(別紙様式2)
令和7年7月7日

正確に記入してください。

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 様

住 所
医 療 機 関 ・ 施 設 名
代 表 者 職 氏 名
(電話番号: — —)

令和6年6月分の委託業務が完了したので、予防接種業務委託契約に基づき、令和2年6月分の委託料を請求します。

請求金額 74,000 円

(内 訳)

										債権者番号			
口座振替（送金）払い依頼													
振替先	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		1	2	3	4	店番号		5	6	7		
	フリガナ		● ● ビヨウイン インチョウ ケンコウ マモル										
	口座名義		● ● 病院 院長 健康 護										
	口座種別	普通・当座・その他（ ）					口座番号	1	2	3	4	5	6

(以下省略)

請求書には、「予診票」、「予防接種券（居住地以外の市町村での接種の場合）」を添付します。

※1 見合わせ料関係で一部様式が変更されている場合があります（別表1 参照）。

※2 「予診票」が必要な医療機関は、市町村の了解を得て、各自コピーをお願いします。

(2)被接種者1人1回当たり予防接種費用(消費税含む)

(単位:円)

接種医療機関 所在地市町村 名	対象区 分	五種混合	四種混合	三種混合	二種混合 (Ⅱ期)	不活化 ポリオ	麻疹・風しん混合		麻疹		風しん		日本脳炎 (※1)		HPV (※2)				ヒブ	小児用肺炎球菌		水痘	B型肝炎	ロタウイルス		
							Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅰ期・Ⅱ期追加	Ⅱ期	(※2)				15価	20価		1価	5価					
													2価・4価	9価	2価・4価	9価										
山形市	注1	20,372	11,462	5,852	4,917	10,307	10,967	10,967	7,392	7,392	7,403	7,403	7,887	7,062	7,062	16,687	27,687	16,687	27,687	9,229	12,232	12,232	9,262	6,681	14,663	9,636
		20,526	11,616	6,127	5,181	10,296	10,956	10,956	7,436	7,436	7,414	7,414	7,876	7,051	7,051	16,797	28,138	16,797	28,138	9,736	12,386	12,386	9,251	6,860	14,696	9,669
天童市		20,526	11,616	6,127	5,181	10,296	10,956	10,956	7,436	7,436	7,414	7,414	7,876	7,051	7,051	16,797	28,138	16,797	28,138	9,736	12,386	12,386	9,251	6,860	14,696	9,669
山辺町		20,526	11,616	6,127	5,181	10,296	10,956	10,956	7,436	7,436	7,414	7,414	7,876	7,051	7,051	16,797	28,138	16,797	28,138	9,736	12,386	12,386	9,251	6,860	14,696	9,669
中山町		19,397	10,410	4,921	4,690	9,255	9,915	9,915	6,340	6,340	6,340	6,340	6,835	6,835	6,835	16,460	27,922	16,460	27,922	8,102	11,180	11,180	8,210	5,926	13,930	8,903
寒河江市		20,372	11,462	5,852	4,917	10,307	10,967	10,967	7,392	7,392	7,403	7,403	7,887	7,062	7,062	16,687	27,687	16,687	27,687	9,229	12,232	12,232	9,262	6,681	14,663	9,636
河北町		20,372	11,462	5,852	4,917	10,307	10,967	10,967	7,392	7,392	7,403	7,403	7,887	7,062	7,062	16,687	27,687	16,687	27,687	9,229	12,232	12,232	9,262	6,681	14,663	9,636
西川町		20,372	11,462	5,852	4,917	10,307	10,967	10,967	7,392	7,392	7,403	7,403	7,887	7,062	7,062	16,687	27,687	16,687	27,687	9,229	12,232	12,232	9,262	6,681	14,663	9,636
朝日町		20,372	11,462	5,852	4,917	10,307	10,967	10,967	7,392	7,392	7,403	7,403	7,887	7,062	7,062	16,687	27,687	16,687	27,687	9,229	12,232	12,232	9,262	6,681	14,663	9,636
大江町		20,372	11,462	5,852	4,917	10,307	10,967	10,967	7,392	7,392	7,403	7,403	7,887	7,062	7,062	16,687	27,687	16,687	27,687	9,229	12,232	12,232	9,262	6,681	14,663	9,636
上山市		20,400	11,528	5,918	4,983	10,373	11,033	11,033	7,458	7,458	7,469	7,469	7,953	7,128	7,128	16,753	27,676	16,753	27,676	9,295	12,298	12,298	9,328	6,571	14,663	9,636
村山市		20,500	11,600	6,100	5,000	10,400	11,100	11,100	7,500	7,500	7,500	7,500	8,000	7,200	7,200	16,800	28,300	16,800	28,300	9,300	12,300	12,300	9,400	7,000	15,100	10,100
東根市		20,400	11,500	6,000	5,000	10,300	11,200	11,200	7,400	7,400	7,400	7,400	7,900	7,100	7,100	16,800	28,200	16,800	28,200	9,700	12,300	12,300	9,300	6,800	14,600	9,900
尾花沢市		20,500	11,600	6,100	5,000	10,300	11,000	11,000	7,400	7,400	7,400	7,400	7,900	7,000	7,000	16,600	28,100	16,600	28,100	9,100	12,300	12,300	9,300	7,100	15,200	10,500
大石田町		20,200	11,300	5,800	4,800	9,900	10,600	10,600	7,000	7,000	7,000	7,000	7,100	7,100	7,100	16,400	27,900	16,400	27,900	9,400	12,000	12,000	8,900	6,800	14,400	9,400
新庄市		20,526	11,726	6,127	5,071	10,461	11,176	11,176	7,579	7,579	7,579	7,579	8,041	7,216	7,216	16,841	28,303	16,841	28,303	9,406	12,727	12,727	9,416	6,681	15,136	10,109
金山町		19,140	10,250	4,740	5,020	9,070	9,810	9,810	6,760	6,760	6,760	6,760	6,880	6,960	6,960	16,850	27,010	16,850	27,010	7,920	11,000	11,000	8,870	5,710	13,310	7,820
最上町		19,800	11,000	4,400	4,400	8,800	9,900	9,900	4,950	4,950	4,950	4,950	6,600	6,600	6,600	15,400	28,600	15,400	28,600	9,350	12,100	13,200	6,600	6,300	11,000	
舟形町		20,526	11,726	6,127	5,071	10,461	11,176	11,176	7,579	7,579	7,579	7,579	8,041	7,216	7,216	16,841	28,303	16,841	28,303	9,406	12,727	12,727	9,416	6,681	15,136	10,109
真室川町		20,526	11,726	6,127	5,071	10,461	11,176	11,176	7,579	7,579	7,579	7,579	8,041	7,216	7,216	16,841	28,303	16,841	28,303	9,406	12,727	12,727	9,416	6,681	15,136	10,109
大蔵村		19,200	10,300		4,800		10,000	10,000					6,900	6,900	6,800	11,100	16,400	26,300	16,400	7,900	11,000	11,000	8,200	5,200	13,400	8,600
鮭川村					5,000		10,500	10,500					7,370	7,370	7,370	28,000			28,000				8,700			
戸沢村		20,526	11,726	6,127	5,071	10,461	11,176	11,176	7,579	7,579	7,579	7,579	8,041	7,216	7,216	16,841	28,303	16,841	28,303	9,406	12,727	12,727	9,416	6,681	15,136	10,109
酒田市		19,189	10,279	4,669	5,225	9,124	10,571	10,571	7,634	7,634	7,634	7,634	7,168	7,168	7,271	16,104	27,456	16,104	27,456	7,971	11,049	11,049	8,079	5,764	13,127	8,100
庄内町		19,189	10,279	4,669	5,225	9,124	10,571	10,571	7,634	7,634	7,634	7,634	7,168	7,168	7,271	16,104	27,456	16,104	27,456	7,971	11,049	11,049	8,079	5,764	13,127	8,100
遊佐町		19,189	10,279	4,669	5,225	9,124	10,571	10,571	7,634	7,634	7,634	7,634	7,168	7,168	7,271	16,104	27,456	16,104	27,456	7,971	11,049	11,049	8,079	5,764	13,127	8,100
鶴岡市		19,190	10,280	4,790	5,180	9,130	11,180	10,760	7,630	7,220	7,630	7,220	7,190	7,190	7,290	16,100	27,570	16,100	27,570	7,970	11,050	11,050	8,080	6,040	13,130	8,100
三川町		19,190	10,280	4,790	5,180	9,130	11,180	10,760	7,630	7,220	7,630	7,220	7,190	7,190	7,290	16,100	27,570	16,100	27,570	7,970	11,050	11,050	8,080	6,040	13,130	8,100
南陽市		19,500	10,600	5,000	5,100	9,400	11,200	11,200	7,600	7,600	7,600	7,600	8,000	8,000	7,200	16,600	27,900	16,200	27,900	8,300	11,300	11,300	8,300	6,200	13,600	8,900
高島町		19,500	10,600	5,000	5,100	9,400	11,200	11,200	7,600	7,600	7,600	7,600	8,000	8,000	7,200	16,600	27,900	16,200	27,900	8,300	11,300	11,300	8,300	6,200	13,600	8,900
川西町		19,500	10,600	5,000	5,100	9,400	11,200	11,200	7,600	7,600	7,600	7,600	8,000	8,000	7,200	16,600	27,900	16,200	27,900	8,300	11,300	11,300	8,300	6,200	13,600	8,900
長井市		20,730	11,840	6,240	5,220	10,660	11,080	11,080	7,500	7,500	7,620	7,620	8,140	8,140	7,320	17,010	28,240	17,010	28,240	9,500	12,550	12,640	9,520	7,160	14,860	9,900
小国町		20,730	11,840	6,240	5,220	10,660	11,080	11,080	7,500	7,500	7,620	7,620	8,140	8,140	7,320	17,010	28,240	17,010	28,240	9,500	12,550	12,640	9,520	7,160	14,860	9,900
白鷹町		20,730	11,840	6,240	5,220	10,660	11,080	11,080	7,500	7,500	7,620	7,620	8,140	8,140	7,320	17,010	28,240	17,010	28,240	9,500	12,550	12,640	9,520	7,160	14,860	9,900
飯豊町		20,730	11,840	6,240	5,220	10,660	11,080	11,080	7,500	7,500	7,620	7,620	8,140	8,140	7,320	17,010	28,240	17,010	28,240	9,500	12,550	12,640	9,520	7,160	14,860	9,900
米沢市	就学前	19,407	10,068	4,931		9,472	10,145	10,145	6,123	6,123	6,141	6,141	6,559		10,263					8,332	11,300	11,300	7,681	5,658	13,825	8,902
	就学後	19,087	9,748	4,611	4,391	9,152							6,239	6,239		16,084	24,950	16,084	24,950							

※1 日本脳炎予防接種の特例(予防接種法施行令附則第2項及び予防接種実施規則附則第3条)の対象者へⅠ期、Ⅰ期追加の接種を行う場合

※2 HPVワクチンのキャッチアップ接種等にかかる経過措置の対象者(平成0年度～20年度生まれの女性で、令和4年4月1日～令和7年3月31日にHPVワクチンを(回以上接種した者)へ接種を行う場合

注1 長期療養者の特例措置により、生後90月以上の者に対して接種を行う場合

各種様式等について

(1) 関係様式の送付依頼書

(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

乳幼児等の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いたします。

記

- 1 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)

(2) 予 防 接 種 済 証

(別紙様式 1)

No _____

〇〇〇〇 予防接種済証 (第〇期)

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

〇〇県〇〇市町村長委託医

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。

(3) 業務完了報告書及び委託料請求書

(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

様

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、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)

予防接種の種類		区 分	単 価	件 数	金 額
五種混合		一般			
		実費徴収を要しない者			
四種混合		一般			
		実費徴収を要しない者			
三種混合		一般			
		実費徴収を要しない者			
二種混合		一般			
		実費徴収を要しない者			
ポリオ		一般			
		実費徴収を要しない者			
麻しん・風しん 混合	(Ⅰ期)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(Ⅱ期)	一般			
		実費徴収を要しない者			
日本脳炎	(Ⅰ期初回)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(Ⅰ期追加)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(特例)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(Ⅱ期)	一般			
		実費徴収を要しない者			
BCG		一般			
		実費徴収を要しない者			
麻しん	(単抗原)	一般			
		実費徴収を要しない者			
風しん	(単抗原)	一般			
		実費徴収を要しない者			
HPV	(2価・4価ワクチン)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(9価ワクチン)	一般			
		実費徴収を要しない者			
ヒブ		一般			
		実費徴収を要しない者			
小児用肺炎球菌	(15 価ワクチン)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(20 価ワクチン)	一般			
		実費徴収を要しない者			
水痘		一般			
		実費徴収を要しない者			
B型肝炎		一般			
		実費徴収を要しない者			
ロタウイルス	(1価)	一般			
		実費徴収を要しない者			
	(5価)	一般			
		実費徴収を要しない者			

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

㊞

予防接種後の副反応について

(1) 副 反 応 報 告 の 流 れ

予防接種後副反応報告は、予防接種法第12条第1項の規定に基づき、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。

医師等が予防接種法施行規則第5条に規定する症状（18ページ）を診断した場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の電子報告システム「報告受付サイト」（URL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて報告を行ってください。電子報告が困難な場合は、別紙様式1 予防接種後副反応疑い報告書（17ページ）に記載の上、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（FAX：0120-176-146）に送付下さい。

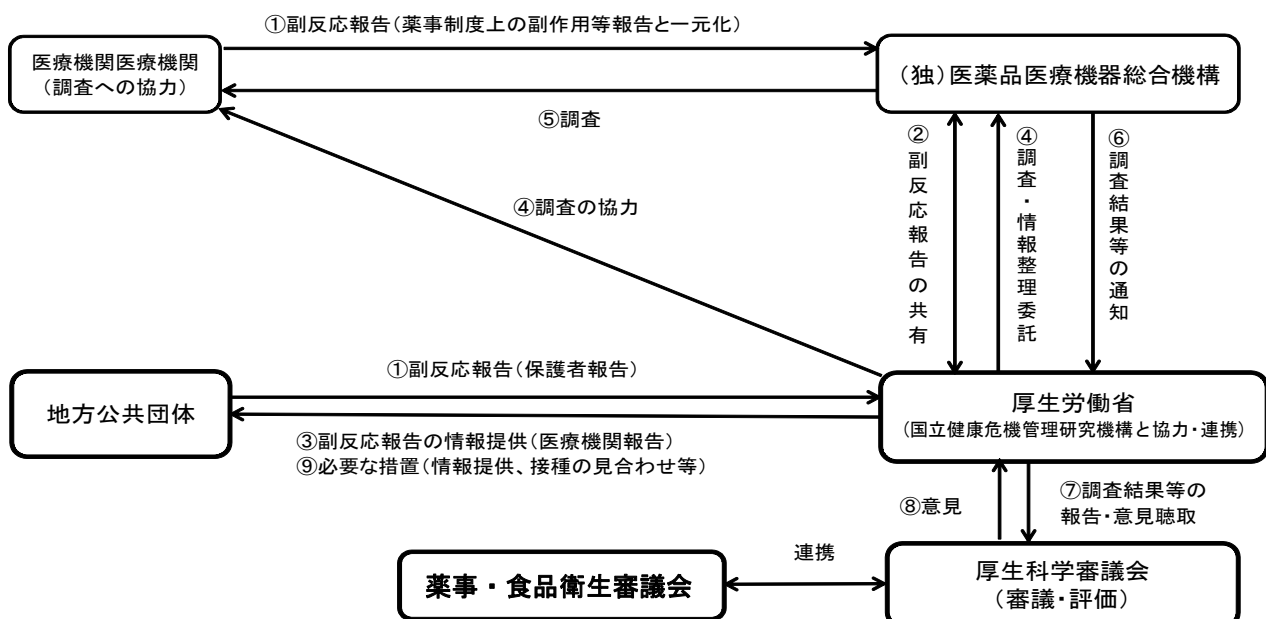
（この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うことができます。）

この報告は、別紙様式1 若しくは国立健康危機管理研究機構（「J I H S」）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を使用して報告します。

また、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレ症候群（GBS）、血小板減少症を伴う血栓症（TTS）、心筋炎、心膜炎と疑われる症例を報告する際には、別途調査票への記載及び報告が必要です。

市町村が被接種者又は保護者から健康被害に関し相談を受けた場合等には、必要に応じて、31ページの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）に必要事項を記入するよう促すとともに、県へ報告してください（県から厚生労働省へ報告します）。

○副反応報告（予防接種法）と副作用等報告（医薬品医療機器等法）を（独）医薬品医療機器総合機構に一元化し、医療機関の報告事務を簡素化。
○報告を受けた副反応報告の個別事例について、厚生労働省が（独）医薬品医療機器総合機構に情報整理及び調査を委託。
○厚生科学審議会が薬事・食品衛生審議会と連携して副反応報告に係る評価を行った上で、厚生労働省が必要な措置を行う。



(2) 予防接種後の副反応疑い報告書

(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 2 重くない	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									
症 状 の 転 帰	転帰日	平成・令和 年 月 日									
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明										
報告者意見											
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後										

(別紙様式1)

	対象疾病	症 状	発生までの 時 間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準（該当するものの番号に「○」を記入）	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a～w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻疹 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 —	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 —	
	結核(BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 膿性リンパ節炎 6 髄膜炎(BCGによるものに限る。) 7 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 — —	
	Hib感染症 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射(失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘 帯状疱疹	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) 4 その他の反応	4時間 28日 — —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレー症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 —	
	ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレー症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎(これに類する症状であって、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	
	新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。) (血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 — 28日 28日 7日 —	

(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. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する注意事項は以下のとおりです。
 - ・広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期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つては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。)についても必要に応じて報告を検討してください。
 - けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
 - また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に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、下記にあげよう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、限局性であることが多い) ☐ 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低信号病変を認めない ☐ 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満たさない <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 年 月 日		
	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()/ μ L 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 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）	
1. 臨床症状	☐ 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を選択） ☐ 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 <u>しない</u> (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

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			
2. 検査所見	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
	<血算>		
	スミアでの凝集所見		
	白血球数	☐ あり ☐ なし ☐ 未実施 (/ μL)	
	赤血球数	($\times 10^4 / \mu\text{L}$)	
	血色素	(g/dL)	
	ヘマトクリット	(%)	
	血小板数	($\times 10^4 / \mu\text{L}$)	($\times 10^4 / \mu\text{L}$) *1
	平時の血小板数*	($\times 10^4 / \mu\text{L}$)	
	*把脈が可能な場合のみ記載。		
	<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	($\mu\text{g/mL}$)	($\mu\text{g/mL}$) *2
	FDP	($\mu\text{g/mL}$)	
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 ☐ 頸部 ☐ 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 ☐ 頸部 ☐ 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 ☐ 頸部 ☐ 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。 〔 〕

4. 外科的処置/ 病理学的検査

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。
	※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。
2. 臨床症状/所見	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。)
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) (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） 検査の種類 ☐ 剖検 心膜組織の炎症所見 ☐ あり ※所見がある場合は詳細を記載。 { }				☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 心膜生検 ☐ なし			
	※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。							
2. 臨床症状/所見	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）						
		（ 年 月 日）						

(3) 予防接種後副反応報告書(保護者報告用)

(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						

出生後早期のＢ型肝炎ワクチンの接種について

（１）出生後早期のＢ型肝炎ワクチン接種の対応

家族内感染等の感染リスクが高いお子さん等に対し、医学的に必要と判断され出生後早期にＢ型肝炎ワクチンの接種を実施された場合、定期接種として取り扱われます。

（母子感染予防のためのＢ型肝炎ワクチンの投与を受けたことのある者については、定期接種の対象者とはしていません。）

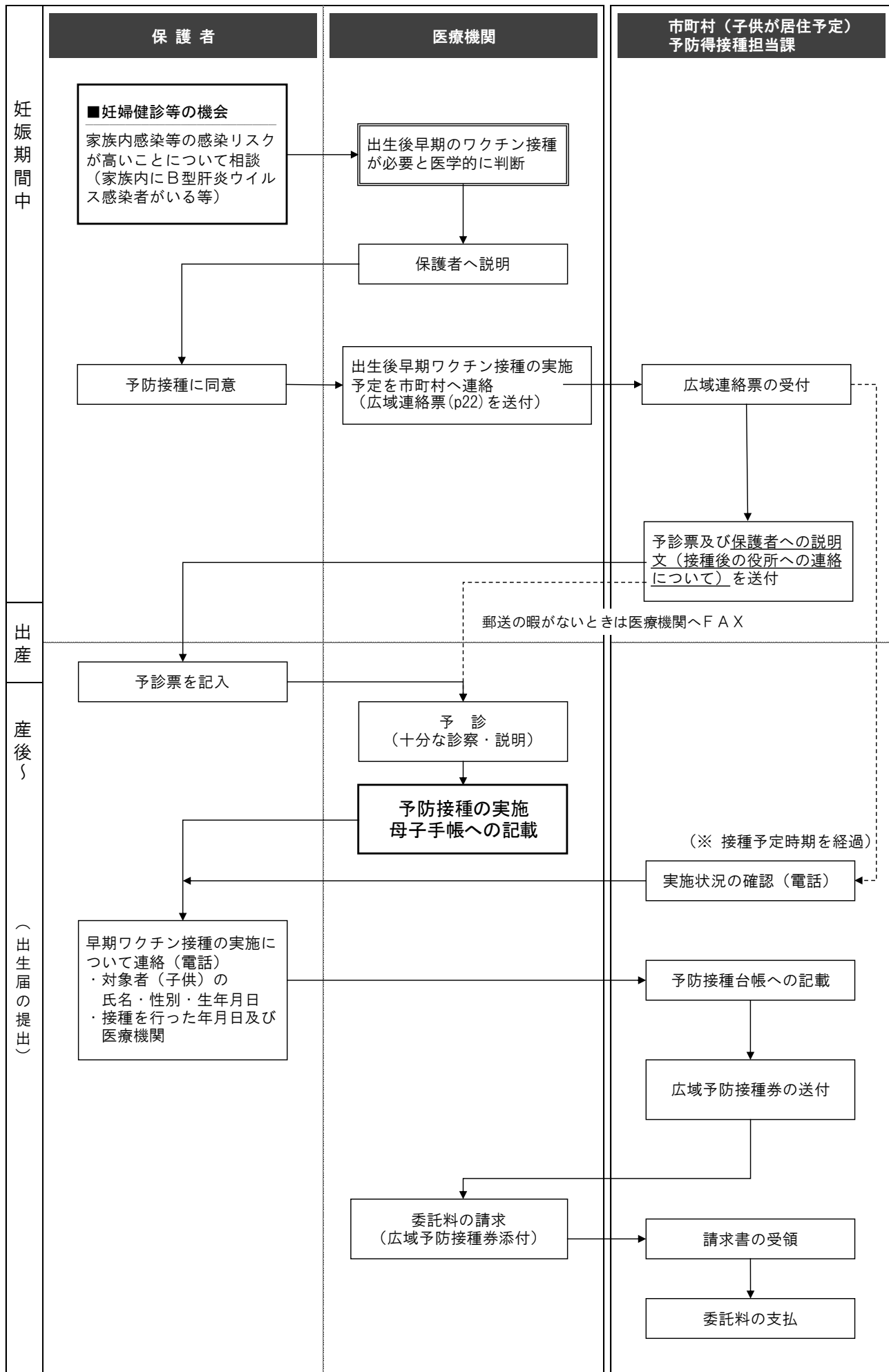
出生後早期（※）に広域実施により予防接種を行う際には、p33のフロー図により実施してください。

※「出生後早期」とは、標準的な接種期間である生後２月より前であり、出生届提出前や、市町村で予防接種券を発行する暇がないような場合を想定しています。

また、医療機関のみなさまにつきましては、妊婦健診等の機会により、胎児の家族にＢ型肝炎感染者がいないか、保護者に対しご確認いただくとともに、妊婦健診等や保護者からの相談等により、胎児又は新生児の家族内感染等のリスクが高いことが判明した場合は、出生後早期の接種の必要性について、医学的にご判断くださるようお願いします。

p33のフロー図と市町村ごとの実情が異なる場合や、記載のない事項等につきましては、必要に応じ、その都度市町村及び医療機関等が協議してご対応くださるようお願いいたします。

(2) 生後早期のB型肝炎ワクチン予防接種対応フロー図



(3) 広域連絡票

医療機関→市町村

No _____

出生後早期のB型肝炎予防接種広域実施連絡票

父の住所

ふりがな

氏名

連絡先 (— —)

母の住所

ふりがな

氏名

連絡先 (— —)

出 産 予 定 日	令和 年 月 日 (第_____子)		
接 種 予 定 時 期	令和 年 月 日		
出産予定 医療機関	住 所		
	医療機関名		
早期の予防接種が必要な理由			
予 診 票 の 送 付 先			
出生後の住民登録予定住所		父と同じ・母と同じ・その他()	

(以下、市町村記載)

被接種者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	令和 年 月 日		

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	母子保健課（山形市保健所）	023-647-2280	647-2281	〒990-8580	山形市城南町1-1-1
天童市	健康課(健康センター)	023-652-0884(直通)	651-5505	〒994-0047	天童市駅西5-2-2
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	0237-43-1201(直通)	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（健康係）	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(直通)	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(直通)	72-2116	〒999-6401	戸沢村大字古口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 (健康支援係)	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(205)	24-5050	〒992-0059	米沢市西大通1-5-60