

令和 8 年度

高齢者の肺炎球菌感染症の 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
高齢者の肺炎球菌感染症予防接種について	
（1）令和8年度の接種対象者-----	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-----	p6
（3）接種希望者の書類-----	p7
（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）接種者1人当たりの金額-----	p11
（3）接種者1人当たりの金額（生活保護世帯）-----	p12
（4）接種者1人当たりの金額（住民税非課税世帯）-----	p13
各種様式等について	
（1）関係様式の送付依頼書-----	p14
（2）予防接種済証-----	p15
（3）業務完了報告書及び委託料請求書-----	p16
予防接種後の副反応について	
（1）副反応報告の流れ-----	p17
（2）予防接種後副反応報告書-----	p18
（3）予防接種後副反応報告書（保護者報告用）-----	p32
定期接種実施要領（抜粋）-----	p33
市町村連絡先-----	p34

はじめに

高齢者等に対する肺炎球菌感染症の予防接種は、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、接種し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。

高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種は平成 26 年 10 月から定期接種に追加されたため、令和 8 年度で 13 年目の広域的实施となります。

広域的实施には「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・御協力をお願いいたします。

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種について

(1) 令和8年度の接種対象者

- 1 65歳の方
- 2 60歳以上65歳未満で、次のいずれかに該当する方
 - ① 心臓、腎臓、呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活を極度に制限される方
 - ② ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方

※令和8年度より、定期接種で用いるワクチンは、沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）に変更となります。

※これまでにPPSV23やPCV20等の任意接種等を受けたことがある方で、65歳時にPCV20の接種を行う必要がないと認められる方は、定期接種の対象者から除かれ、PCV20を定期接種として接種することはできません。

〔参考〕「65歳の者」について

65歳の者とは、「65歳以上66歳未満の者」のことを指し、定期接種の対象期間は、65歳の誕生日の前日から、66歳の誕生日の前日までとなる。

(2) B 類疾病について

高齢者の肺炎球菌感染症は、**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、高齢者施設の従事者等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、33ページの「**定期接種実施要領（抜粋）**」をご覧ください、接種者への説明・確認をお願いします。

広域実施の流れについて

(1) 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」、「予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書」の書類が事前に送付されます。

今年から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（34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。）

なお、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があります。詳しくは10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8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 護治
高齢者の肺炎球菌感染症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

(2) 受付での対応

まず、マイナンバーカードや運転免許証等により、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おける対象者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高齢者の肺炎球菌感染症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）。

(3) 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10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高齢者の肺炎球菌の予防接種は一人につき生涯で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。

※1 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。

※2 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したり該当する市町村の担当課に連絡して送付してもらおうなどしてください。

(4) 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にそれぞれの実費徴収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	3,000
△ △ 市	3,000
□ □ 町	3,000
▼ ▼ 村	2,500
☆ ☆ 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. _____	高齢者の肺炎球菌感染症予防接種済証	
	住所	山河町大字山河2315
	氏名	健康太郎
		昭和34年12月12日生
	予防接種を行った日	令和8年11月1日
令和8年11月1日	〇〇県山河町長委託医	
	住所	〇〇市〇〇2330
	医療機関・施設名	〇〇病院
	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

(5) 委託料の請求

- ① 市町村への委託料の請求は、翌月10日までにを行います。
- 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、「高齢者の带状疱疹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については別に区分します）。

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 (高齢者肺炎球菌感染症・带状疱疹の予防接種)

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^印
(電話番号: ○○○-○○○-○○○○○○)

令和8年12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8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
高齢者肺炎球菌感染症	一般	1,500 円	20 件	30,000 円
	実費徴収を要しない者	3,200 円	1 件	3,200 円
合計			21 件	33,200 円

高齢者 带状疱疹	生 ワクチン 組換え ワクチン	一般	円	件	円
		実費徴収を要しない者	円	件	円
	一般	円	件	円	
	実費徴収を要しない者	円	件	円	
合計			件	円	

振替先		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（一部市町村では「予防接種券」も）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。
- ※3 予診票等の個人情報を含む書類については、情報漏洩に十分注意し、適切な方法で各自治体へ送付ください。

(2) 高齢者肺炎球菌感染症の予防接種（PCV20）費用
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	11,720
山辺町	11,720
中山町	11,720
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	12,000
東根市	12,000
尾花沢市	12,000
大石田町	12,000
新庄市	医療機関等が定める額
金山町	11,570
最上町	13,200
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	12,000
鮭川村	12,000
戸沢村	12,000
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	11,300
高畠町	11,300
川西町	11,300
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	11,700

(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	5,800
天童市	5,920
山辺町	5,920
中山町	5,860
寒河江市	6,000
河北町	6,000
西川町	6,000
朝日町	6,000
大江町	6,000
上山市	6,000
村山市	6,000
東根市	6,000
尾花沢市	6,000
大石田町	6,000
新庄市	5,800
金山町	5,800
最上町	6,000
舟形町	6,000
真室川町	6,000
大蔵村	6,000
鮭川村	6,000
戸沢村	6,000
酒田市	5,800
庄内町	5,800
遊佐町	5,800
鶴岡市	5,800
三川町	4,000
南陽市	5,500
高畠町	5,500
川西町	5,500
長井市	6,000
小国町	6,000
白鷹町	6,000
飯豊町	6,000
米沢市	5,800

**(3) 高齢者肺炎球菌感染症の予防接種（PCV20）費用
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	11,720
山辺町	11,720
中山町	11,720
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	12,000
東根市	12,000
尾花沢市	12,000
大石田町	12,000
新庄市	医療機関等が定める額
金山町	11,570
最上町	13,200
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	12,000
鮭川村	12,000
戸沢村	12,000
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	11,300
高島町	11,300
川西町	11,300
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	11,700

(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 (ただし15,000円を上限とする)
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 (ただし12,000円を上限とする)
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
高島町	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。

**(4) 高齢者肺炎球菌感染症の予防接種（PCV20）費用
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	11,720
山辺町	11,720
中山町	11,720
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	12,000
東根市	12,000
尾花沢市	12,000
大石田町	12,000
新庄市	医療機関等が定める額
金山町	11,570
最上町	13,200
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	12,000
鮭川村	12,000
戸沢村	12,000
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	11,300
高畠町	11,300
川西町	11,300
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	11,700

(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	5,800
天童市	5,920
山辺町	5,920
中山町	5,860
寒河江市	6,000
河北町	6,000
西川町	6,000
朝日町	6,000
大江町	6,000
上山市	6,000
村山市	6,000
東根市	6,000
尾花沢市	6,000
大石田町	6,000
新庄市	5,800
金山町	5,800
最上町	6,000
舟形町	6,000
真室川町	6,000
大蔵村	6,000
鮭川村	6,000
戸沢村	6,000
酒田市	5,800
庄内町	5,800
遊佐町	5,800
鶴岡市	6,800
三川町	5,000
南陽市	5,500
高畠町	5,500
川西町	5,500
長井市	6,000
小国町	6,000
白鷹町	6,000
飯豊町	6,000
米沢市	5,800

※ () 内金額は他市町村で接種した場合。

(2) 予防接種済証

(別紙様式1)

No	<u>高齢者の肺炎球菌感染症予防接種済証</u>		
	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
(高齢者肺炎球菌感染症・带状疱疹の予防接種)

市町村長 殿

住 所
医療機関・施設名
代表者職氏名
(電話番号: - -) 印

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)

区 分		単 価	件 数	金 額
高齢者肺炎球菌感染症	一般	円	件	円
	実費徴収を要しない者	円	件	円
合計			件	円

高齢者 带状疱疹	生 ワクチン	一般	円	件	円
		実費徴収を要しない者	円	件	円
	組換え ワクチン	一般	円	件	円
		実費徴収を要しない者	円	件	円
合計			件	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

印

予防接種後の副反応について

(1) 副反応報告の流れ

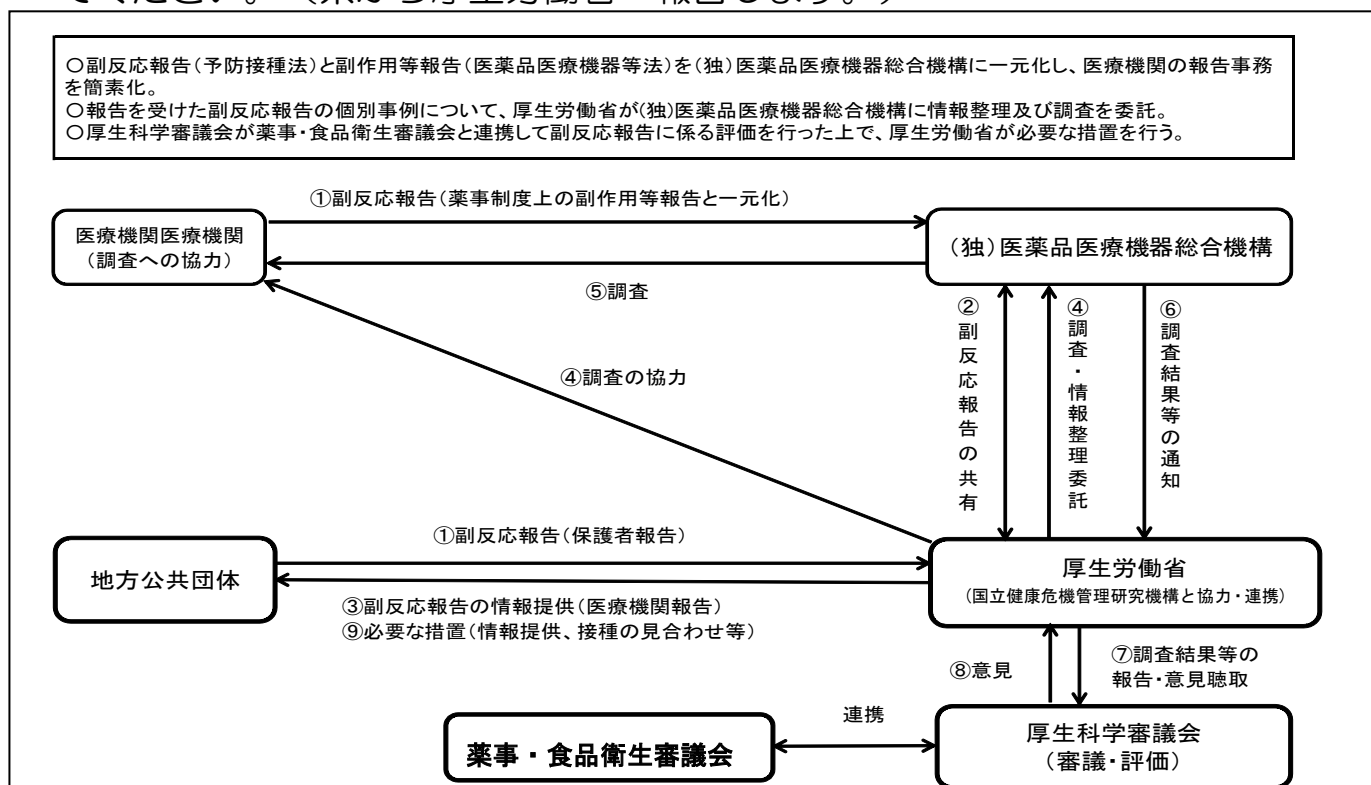
予防接種後副反応報告は、予防接種法第12条第1項の規定に基づき、予防接種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。

医師等が予防接種法施行規則第5条に規定する症状（19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/O002.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（18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（「JIHIS」）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・バレー症候群（GBS）、血栓症（TTS）、心筋炎又は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。

なお、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、32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。）



(2) 予防接種後副反応報告書

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種		<input type="checkbox"/> 任意接種		
患者 (被接種者)	氏名又はイニシャル(姓・名)	フリガナ <small>(定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>	性別	1 男 2 女	接種時年齢	
	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 <small>(②～④は、同時接種したものを記載)</small>	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 <small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>	
	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		
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)		2 無			
	○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						

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

<注意事項>

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
7. 報告基準中の発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	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> びまん性または多発性の脱髄部位がみられる
	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 不明	
2. 臨床症状	① 該当項目を全て選択	
	<input type="checkbox"/> 炎症性脱髄が原因と推定される	
	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> ADEM <input type="checkbox"/> 横断性脊髄炎 <input type="checkbox"/> 視神経炎 <input type="checkbox"/> 視神経脊髄炎 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> clinically isolated syndrome(多発性硬化症における臨床的に初発の段階) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 臨床的に多巣性の中中枢神経系の障害(事象)である	
	<input type="checkbox"/> 発熱により説明できない脳症(意識の変容や行動変化)	
	<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 脳神経の単一または複数の異常 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 運動麻痺(広汎性または限局性、限局性であることが多い) <input type="checkbox"/> 感覚異常(感覚レベルはある場合も、ない場合もある) <input type="checkbox"/> 深部腱反射の変化(反射減弱または亢進、反射の非対称性) <input type="checkbox"/> 小脳の機能障害(運動失調症、測定障害、小脳性眼振など) <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 不明		
3. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)		検査日(平成・令和 年 月 日)
		該当項目を全て選択
	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 以下のような所見がある。(認められる所見を全て選択) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 白質のT1低信号病変を認めない <input type="checkbox"/> 深部灰白質病変(例:視床または基底核)を認める <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 未実施	
	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)	
5. 鑑別診断	該当項目を全て選択	
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない	
	<input type="checkbox"/> 不明	
6. 髄液検査	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		IgGインデックスの上昇
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 未実施		
<input type="checkbox"/> 不明		
7. 自己抗体の検査	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		抗AQP4抗体
		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
		抗MOG抗体
	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 未実施		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 0: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 軽微な神経症候を認める <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3: 歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 5: 補助換気を要する <input type="checkbox"/> 6: 死亡 <input type="checkbox"/> 不明	
2. 疾患の経過	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
3. 電気生理学的検査	<input type="checkbox"/> 実施 検査日 (平成・令和 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> GBSと一致する (該当項目を全て選択) <input type="checkbox"/> 運動神経伝導速度の低下 <input type="checkbox"/> 遠位潜時の延長 <input type="checkbox"/> 異常な時間的分散 <input type="checkbox"/> 伝導ブロック <input type="checkbox"/> M波振幅の低下 <input type="checkbox"/> F波出現頻度の低下 <input type="checkbox"/> F波潜時の延長 <input type="checkbox"/> その他、GBSに合致する所見	
	<input type="checkbox"/> GBSとは一致しない	
	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明	
4. 髄液検査	<input type="checkbox"/> 実施 検査日 (平成・令和 年 月 日)	
	細胞数 () / μ L 糖 () mg/dL 蛋白 () mg/dL <input type="checkbox"/> 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/ μ Lを下回るCSF総白血球数) <input type="checkbox"/> 蛋白細胞解離なし	
	<input type="checkbox"/> 未実施	
	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> はい	
	<input type="checkbox"/> いいえ 該当疾患名 () <input type="checkbox"/> 不明	
6. 画像検査 (磁気共鳴画像診断 (MRI) 撮像)	<input type="checkbox"/> 実施	検査日 (平成・令和 年 月 日)
		該当項目を全て選択 <input type="checkbox"/> 脊髓灰白質病変 <input type="checkbox"/> 馬尾の造影病変 <input type="checkbox"/> その他 部位 () 所見 ()
	<input type="checkbox"/> 未実施	
	<input type="checkbox"/> 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	※新型コロナウイルスワクチン接種後に、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。			
	<input type="checkbox"/> 意識障害 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 視覚異常(霧視, 複視など) (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頭痛 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 精神症状 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 失語症・構音障害 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 痙攣 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 半側空間無視 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 運動失調性歩行 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳症 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> うっ血乳頭 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 眼球運動異常 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 顔面麻痺 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 局所運動麻痺 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 片麻痺 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 脳の機能の局在に一致した神経症状 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 胸痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血圧低下 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻脈 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> チアノーゼ (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 不整脈 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 息切れ (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 頻呼吸 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 咯血 (年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 下痢 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 腹部膨満 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 血便 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 腹水 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 肝腫大 (年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 (年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 (年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 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>			
	スメアでの凝集所見	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未実施	() ×10 ⁴ /μL)*1	
	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)		
	平時の血小板数*	(×10 ⁴ /μL)		
	*把握が可能な場合のみ記載。			
<凝固系検査>				
PT	(秒)	())*2		
PT-INR	()			
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)	<input type="checkbox"/> 陽性 () <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 陽性 (U/mL) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中		
検査方法	<input type="checkbox"/> 核酸増幅法 (PCR / LAMP) <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> その他()			
その他の特記すべき検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	検査日 (西暦 年 月 日)			

3.画像検査	<p>超音波検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>撮影部位 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[]</p>
	<p>CT検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし</p> <p>撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[]</p>
	<p>MRI検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし</p> <p>撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[]</p>
	<p>血管造影検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>撮影部位（ ）</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[]</p>
	<p>肺換気血流シンチグラフィ</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[]</p>
	<p>胸部X線検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> 示唆する所見あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※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。</p> <p>[]</p>
	<p>その他の特記すべき検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※詳細な部位と所見を記載。</p> <p>[]</p>
4. 外科的処置/ 病理学的検査	<p>外科的処置</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 処置日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>処置名；（ ）例；血栓摘出術</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。</p> <p>[]</p>
	<p>病理学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。</p> <p>[]</p>

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	<input type="checkbox"/> 実施 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 検査の種類 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> 心内膜心筋生検 心筋組織の炎症所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。 下記の臨床症状/所見の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) <input type="checkbox"/> 動悸 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 発汗 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 突然死 (年 月 日) <input type="checkbox"/> めまい/失神 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 倦怠感 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 浮腫 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 腹痛 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 咳嗽 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (年 月 日) ()
2. 臨床症状/所見	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 <input type="checkbox"/> 易刺激性 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 哺乳不良/食欲低下 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 多呼吸 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)
	※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) <input type="checkbox"/> 上昇あり (ng/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 トロポニンI 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (ng/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (U/L) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CK-MB 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (U/L) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 CRP 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mg/dL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 高感度CRP 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mg/dL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 ESR(1時間値) 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (mm) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 D-ダイマー 検査日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 上昇あり (μg/mL) <input type="checkbox"/> 上昇なし <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検査中 その他の特記すべき検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 検査日 (年 月 日) ()

(3) 予防接種後副反応報告書(保護者報告用)

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			
	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									

定期実施要領（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 7 年 3 月 31 日感発 0331 第 19 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相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。
- （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。

ただし、ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種、RS ウイルス感染症の定期接種、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及び政令附則第 2 項による日本脳炎の定期接種（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。

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。

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	保健政策課	023-616-7274	616-7263	〒990-8580	山形市城南町1-1-1
天童市	健康課	023-652-0884	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(158)	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	0237-53-1248(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(628)	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	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	〒992-0392	高畠町大字高畠436
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	24-5050	〒992-0059	米沢市西大通1-5-60