

令和8年度

RS ウイルス感染症の予防接種
(母子免疫ワクチン)
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
RS ウイルス感染症の予防接種について-----	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) 接種希望者の書類-----	p6
(4) 接種記録の記載-----	p7
(5) 費用の徴収-----	p8
(6) 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) 予防接種費用・市町村負担額-----	p11
各種様式等について	
(1) 関係様式の送付依頼書-----	p12
(2) 予防接種済証-----	p13
(3) 業務完了報告書及び委託料請求書-----	p14
予防接種後の副反応について	
(1) 副反応報告の流れ-----	p15
(2) 予防接種後副反応疑い報告書-----	p16
(3) 予防接種後副反応報告書（保護者報告用）-----	p30
市町村連絡先-----	p31

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。平成6年には、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。

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。

RS ウイルス感染症の予防接種は令和8年4月から定期接種として追加されたため、今年度が初めて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。

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。

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。

RS ウイルス感染症の予防接種について

【接種対象者】

• 接種時点で、妊娠28週0日から36週6日までの妊婦の方

(接種する医師が、母子健康手帳等の情報をもとに、接種時点において妊娠28週から妊娠37週に至るまでの間にあると判断した方が対象)

※過去の妊娠時に組換えRSウイルスワクチン(母子免疫ワクチン)を接種したことがある方も対象です。妊娠ごとに1回の接種が可能です。

※接種から14日以内に出生した児における有効性は確立していないことから、14日以内に妊娠終了を予定している場合は、接種時に説明を行い、同意が得られた場合に接種してください。

【接種に注意が必要な方】

- 接種によって妊娠高血圧症候群の発症リスクが上がるという報告もあるため、妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと医師に判断された方や、今までに妊娠高血圧症候群と診断された方。
- 筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方。

※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方、予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、けいれんを起こしたことがある方、免疫不全と診断されている方や近親者に先天性免疫不全症候群の方がいる方、組換えRSウイルスワクチン(アブリスボ)の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方等も接種に注意が必要です。

母子免疫ワクチンとは

生まれたばかりの乳児は免疫の機能が未熟であり、自力で十分な量の抗体をつくることができないとされています。母子免疫ワクチンとは、妊婦が接種すると、母体内で作られた抗体が胎盤を通じて胎児に移行し、生まれた乳児が出生時から病原体に対する予防効果を得ることができるワクチンです。

広域実施の流れについて

(1)書類の準備

市町村から、「予診票」（各市町村の任意様式）、「予防接種済証」の書類が事前に送付されます。

「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）。

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もあります。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4月15日
〇〇市健康課 予防接種担当者 様
住 所 〇〇市〇〇2330 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
RSウイルス感染症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 12枚
FAX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。

定期接種の対象者は、妊娠28週0日から36週6日までの妊婦の方で、定期接種の対象となる妊娠週数期間外の接種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、以上を被接種者本人（保護者）に説明した上で、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) 接種希望者の書類

市町村により取り扱いが異なり、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 母子健康手帳

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。

② 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。

(③ 予防接種券 ※発行しない自治体もあります)

予防接種券には、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）が記載されています。

予防接種終了後は、接種券に接種医療機関名・接種日等を記入の上、医療機関にて保管ください。（請求書への添付書類として必要となる場合があります。詳しくは、「市町村ごとの取扱い」（10ページ）をご確認ください）

予診票等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うなどしてください。

(4) 接種記録の記載

定期の予防接種を行った際には、予防接種法施行規則第4条の規定に基づき、予防接種済証を交付することとされていますが、母子免疫ワクチンの予防接種においては、母子保健法第16条第1項の規定に基づき交付された児の母子健康手帳に証明すべき事項を記載することによって、母及び児の予防接種済証の交付に代えることが可能となります。

- 予防接種終了後は、母子健康手帳に、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てください。
- 多胎児の場合は、各児の母子健康手帳に接種記録を記載してください。

※母子健康手帳に、RSウイルス感染症の予防接種に関する記載欄が設けられるまでは、経過措置として、母子健康手帳内の「その他の予防接種」の欄に接種記録を記載願います。

その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer / Lot.No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks

(母子健康手帳を持参しなかった場合)

- 予防接種済証に必要事項を記入し、交付してください。

(5)費用の徴収

- 母子健康手帳やマイナンバーカード等により、被接種者の居住地を確認します。

(被接種者の居住地と医療機関所在地が異なる場合)

- 被接種者居住地の「市町村ごとの取扱い」(別表1)を確認し、医療機関所在地の予防接種費用と被接種者居住地の市町村負担額に差額がある場合に、実費徴収を行うか否かを確認します。



(実費徴収有の場合)

- 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。

被接種者1人当たりの金額(消費税を含む)

(別表2) 予防接種費用(消費税含む)		(別表3) 市町村負担額(消費税含む)	
☆☆市	29,766	☆☆市	29,766
〇〇町	29,986	〇〇町	29,986
◇◇村	29,766	◇◇村	接種医療機関所在地の市町村が定める額

○被接種者が予防接種券を持参した場合 ※接種券を発行しない自治体もあります

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。

RSウイルス感染症の予防接種券				市町村名: ●●町
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11年11月10日生(26歳)			
2 接種費用				
実費徴収(自己負担)額	200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	29,900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8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。

(6) 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）。

（別紙様式2）
令和8年6月3日

予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書 （RSウイルス感染症の予防接種（母子免疫ワクチン））

△△市長 殿

住 所 △△市○町◇番×号
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：0123 - 456 - 7890）

令和8年5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5月分の委託料を請求します。

請求金額 89,700 円

（内 訳）

区 分		単 価	件 数	金 額
RSウイルス感染症 （母子免疫ワクチン）	一般	29,900 円	3 件	89,700 円
	実費徴収を要しない者	円	件	円
合 計			3 件	89,700 円

		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	● ● ビョウイン 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	7		

正確に記入してください。

（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

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。

(RSウイルス感染症の予防接種－母子免疫ワクチン) 市町村ごとの取扱い

(別表1)

医師会名	市町村名	契約方法				予防接種券		実費徴収				請求書添付書類		
		市町村内 (地区医師会内)		他市町村 (他地区)				(他市町村の接種費用と当該市町村の負担額に 差額がある場合)				予診票	接種券	その他
		県医師会 のみ	地区医 師会	県医師 会・地区 医師会	県医師 会のみ	交付(送付) しない	対象者に 送付	有(医療機 関で徴収)	無(全額市 町村負担)	生活保護世 帯	非課税 世帯			
										有(医療機 関で徴収)	有(医療機 関で徴収)			
山形市	山形市		○		○		○			○	○	○		
天童市 東村山郡	天童市		○		○		市外で接種する 場合は発行	○			○	○	○	
	山辺町		○		○		町外で接種する 場合は発行	○			○	○	○	
	中山町		○		○	○			○			○		
寒河江市 西村山郡	寒河江市		○		○	○		○		○	○	○		
	河北町		○		○	○		○			○	○		
	西川町		○		○	○		○			○	○		
	朝日町		○		○		○				○	○	○	
	大江町		○		○	○		○			○	○		
上山市	上山市		○		○	○			○			○		
北村山 地区	村山市	○			○		市外で接種する 場合は発行		○			○	○	
	東根市	○			○		○	○			○	○	○	
	尾花沢市	○			○	○			○			○		
	大石田町	○			○	○			○			○		
新庄市 最上郡	新庄市	○			○		○	○		○	○	○	○	
	金山町	○			○	○			○			○		
	最上町	○			○	○			○			○		
	舟形町	○			○		○	○				○	○	
	真室川町	○			○	○			○			○		
	大蔵村	○			○		○	○				○	○	
	鮭川村	○			○	○			○			○		
戸沢村	○			○	○			○			○			
酒田地区	酒田市		○		○		○	○			○	○	○	
	庄内町		○	○			庄内地域以外で 接種する場合は 発行		○			○	○	
	遊佐町		○		○		○	○			○	○	○	
鶴岡地区	鶴岡市		○		○		○	○		○	○	○	○	
	三川町	○			○		○		○			○	○	
南陽市 東置賜郡	南陽市	○			○	○			○			○		
	高畠町	○			○	○			○			○		
	川西町	○			○	○			○			○		
長井市 西置賜郡	長井市	○			○	○			○			○		
	小国町	○			○	○			○			○		
	白鷹町	○			○	○			○			○		
	飯豊町	○			○	○			○			○		
米沢市	米沢市		○		○		市外で接種する 場合は発行		○			○	○	

(RSウイルス感染症の予防接種－母子免疫ワクチン)

被接種者1人1回当たり予防接種費用・市町村負担額(消費税含む)

(単位:円)

委託医療機関等 所在地市町村	(別表2) 予防接種費用(消費税含む)
山形市	29,766
天童市	30,090
山辺町	30,090
中山町	30,090
寒河江市	29,777
河北町	29,777
西川町	－(町内に接種医療機関なし)
朝日町	29,777
大江町	－(町内に接種医療機関なし)
上山市	29,766
村山市	29,900
東根市	30,000
尾花沢市	29,700
大石田町	－(町内に接種医療機関なし)
新庄市	29,931
金山町	－(町内に接種医療機関なし)
最上町	30,800
舟形町	－(町内に接種医療機関なし)
真室川町	－(町内に接種医療機関なし)
大蔵村	－(村内に接種医療機関なし)
鮭川村	－(村内に接種医療機関なし)
戸沢村	29,931
酒田市	29,986
庄内町	29,986
遊佐町	29,986
鶴岡市	①鶴岡市民:29,986 ②鶴岡市外の住民が接種した場合:医療機関等が定める額
三川町	29,986
南陽市	29,900
高畠町	29,900
川西町	29,900
長井市	30,100
小国町	30,100
白鷹町	30,100
飯豊町	30,100
米沢市	①米沢市民:30,083 ②米沢市外の住民が接種した場合:医療機関等が定める額(被接種者居住地市町村の定める市町村負担額に準じて設定)

(単位:円)

被接種者居住地 市町村名	(別表3) 市町村負担額(消費税含む)
山形市	29,766
天童市	30,090
山辺町	30,090
中山町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
寒河江市	29,777
河北町	29,777
西川町	29,777
朝日町	29,777
大江町	29,777
上山市	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
村山市	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
東根市	30,000
尾花沢市	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
大石田町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
新庄市	29,931
金山町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
最上町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
舟形町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
真室川町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
大蔵村	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
鮭川村	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
戸沢村	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
酒田市	29,986
庄内町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
遊佐町	29,986
鶴岡市	29,986
三川町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
南陽市	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
高畠町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
川西町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
長井市	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
小国町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
白鷹町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
飯豊町	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)
米沢市	注1(接種医療機関所在地の市町村が定める額)

注1 市町村負担額は、接種医療機関所在地の市町村が定める額(別表2)

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

RS ウイルス感染症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)

No _____

RSウイルス感染症予防接種済証

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

〇〇県〇〇市町村長委託医

住 所

医療機関・施設名

医師名

⑩

備考 1 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

予防接種委託業務完了報告書及び委託料請求書
(RS ウイルス感染症の予防接種 (母子免疫ワクチン))

市町村長 殿

住 所
医療機関・施設名
代表者職氏名 印
(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)

区 分		単 価	件 数	金 額
RS ウイルス感染症 (母子免疫ワクチン)	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（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。

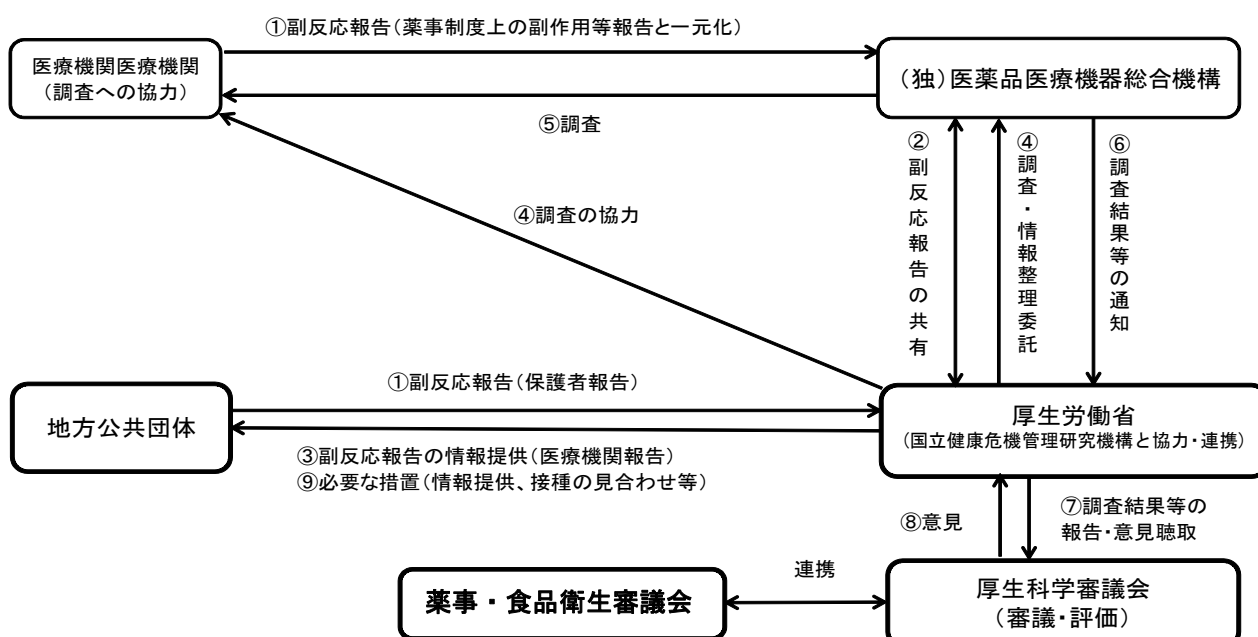
（この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うことができます。）

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（「JHS」）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

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 <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	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 →		
	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
	麻しん 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 —	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
	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 —	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
	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 — —	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
	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 —	x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	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的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・ヒトパピロー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(ADDEM)、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"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 未実施	
	<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、下記にあげよう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		

7. 自己抗体の検査	<input type="checkbox"/> 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		抗GM1抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
		抗GQ1b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	
8. 先行感染の有無	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 発熱
		<input type="checkbox"/> 上気道炎
		<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 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。		
	<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	/
	白血球数	(/ μ L)	
	赤血球数	($\times 10^4$ / μ L)	
	血色素	(g/dL)	
	ヘマトクリット	(%)	
	血小板数	($\times 10^4$ / μ L)	
	平時の血小板数*	($\times 10^4$ / μ L)	
	*把握が可能な場合のみ記載。		
	<凝固系検査>		
	PT	(秒)	/
PT-INR	()		
APTT	(秒)		
フィブリノゲン	(mg/dL)		
D-ダイマー	(μ g/mL)		
FDP	(μ g/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	超音波検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 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（ ） 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	CT検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし 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（ ） 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	MRI検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 造影なし 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（ ） 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	血管造影検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 撮影部位 （ ） 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	胸部X線検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> 示唆する所見あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
4. 外科的処置/ 病学的検査	外科的処置 <input type="checkbox"/> 実施 処置日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 処置名；（ ）例；血栓摘出術 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。 []
	病学的検査 <input type="checkbox"/> 実施 検査日（西暦 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明 血栓・塞栓症の所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> なし ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。 []

(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	
	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	母子保健課 (山形市保健所)	023-616-7037(直通)	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
上市市	健康推進課	023-672-1111(158)	672-8522	〒999-3192	上市市河崎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(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	0235-35-7033(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
高島町	健康子育て課	0238-52-5045(直通)	52-5044	〒992-0392	高島町大字高島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