大阪市Ａ類疾病予防接種実施の手引き

大阪市健康局

本手引きについては、下記ページにも掲載しておりますので、必要に応じてご参照ください。

- 大阪市ホームページ「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」

大阪市個別予防接種単価表・一覧表

予防接種実施の手引き

個別予防接種請求書

問合わせ先

【予防接種委託料の支払いに関すること、結核及び子宮頸がん以外の予防接種に関すること】

保健所感染症対策課（感染症グループ）　℡０６－６６４７－０９５４

【結核の予防接種（ＢＣＧ）に関すること】

保健所感染症対策課（結核グループ）　℡０６－６６４７－０６５３

【子宮頸がん予防ワクチンに関すること】

健康づくり課　℡０６－６２０８－９９４３

＜主な注意点＞

●**「海外からの転入者に係る予防接種の取扱いについて」を P.4 に追加しました。**

●**アクトヒブ販売停止に伴い、今後の予防接種の取り扱いについて、P.16～18 に追記しました。**

●**「９　接種時・接種後の副反応の対応」に記載誤りがありましたので、修正しました。**
「※予防接種後副反応疑い報告書入力アプリは令和６年３月 31 日で終了しました。」

●ＲＳウイルス予防接種については、「ＲＳウイルス予防接種実施の手引き」をご参照ください。

●外国人住民の方を対象とした、他言語と日本語を併記した予診票を令和８年度より準備しております。P.4 をご参照ください。

●令和６年度対象者に係る MR ワクチン予防接種の実施期間延長については、P.17 を参照ください。

●子宮頸がん予防接種のキャッチアップ接種の経過措置については、令和７年度で終了しました。

●子宮頸がん予防接種について、令和８年４月１日以降、定期接種で使用できるワクチンは９価ワクチンのみとなります（２価及び４価ワクチンは定期接種の対象外となります）。

●BCG の接種には、事前の研修受講や手続きが必要となりますのでご注意ください。

●「様式４　予防接種後副反応疑い報告書」の様式を更新しました。

●風しん第５期定期接種については、別紙「令和８年度風しんの第５期定期接種実施の手引き」をご参照ください。

予防接種の請求について、記入漏れ等の不備に関しては、審査を行っている次の委託事業者よりお問い合わせすることがありますので、よろしくお願い致します。

株式会社アイ・オー・プロセス（電話番号：０６－４９６４－９００６）

（令和８年８月 20 日時点）

＜目次＞

大阪市Ａ類疾病予防接種実施の手引き

１　目的・・・

大阪市Ａ類疾病予防接種実施の手引き

１　目的

予防接種法（以下「法」という）第５条に基づき大阪市が実施する予防接種に関し、予防接種業務を委託医療機関において実施し、同法第２条２項に定める疾病を予防することにより公衆衛生の向上を図り、市民の健康保持に資することを目的とします。

２　予防接種の種類

本市が実施する法に基づく定期個別予防接種のうち、本手引きで取り扱う予防接種の種類は次のとおりです。

（１）　ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎及びヒブ感染症の予防接種
（２）　麻しん及び風しんの予防接種
（３）　日本脳炎の予防接種
（４）　小児の肺炎球菌感染症の予防接種
（５）　子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症）の予防接種
（６）　水痘の予防接種
（７）　Ｂ型肝炎の予防接種
（８）　ロタウイルス感染症の予防接種
（９）　結核の予防接種（ＢＣＧ）
（10）　ＲＳウイルス予防接種　※ＲＳウイルス予防接種については、別紙「ＲＳウイルス予防接種実施の手引き」をご参照ください。

３　実施対象者、接種回数、接種量及び接種間隔

別表のとおり（１３ページ）

実施対象者については大阪市民に限ります。ただし、災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難なため本市に避難しており、対象児居住区の保健福祉センター発行の「予防接種実施願」持参の者については大阪市民と同様に取り扱います。

４　接種場所及び接種医師

個別接種の実施に関し、協力する旨を契約書によりご承諾いただいた医師が原則として当該医療機関で接種してください。なお、接種場所には予防接種直後のアナフィラキシーショック等の発生に対応するために必要な薬品及び器具等を備えておいてください。

ＢＣＧの予防接種は、本市の研修を受講し、本市と委託契約を行った医療機関において実施します。

５　申し込みについて

接種はできるだけ予約制とし、事前に接種歴を確認のうえ申込みを受け付けてください。

また、対象者の氏名、生年月日及び大阪市民であることを証明する書類、母子健康手帳、予防接種手帳等、接種当日に必要となるものについての事前案内も忘れずに行ってください。

また、接種当日は保護者（※）に、「予防接種予診票」（様式１）（原則として、大阪市の発行する予防接種手帳等に編冊）及び「予防接種実施申込書（報告書）」（様式２）を記入してもらい、母子健康手帳とカルテを照合するなど、内容に誤りがないか確認してください。

※１３歳以上の者の保護者の同伴要件については別記参照。（２１ページ）

6　「予防接種実施申込書（報告書)」記入の留意点について

予防接種事業において使用している予防接種分野関連システムは、接種委託料の集計等を行うとともに個人の接種歴をデータ管理し、未接種者を適切に把握して、効果的な接種勧奨に繋げていくことができるものとしております。「予防接種実施申込書（報告書)」（様式２）の記入内容に基づき、接種履歴を入力しておりますので、次の点にご留意いただき、**記入漏れや間違い等のないよう、正確に必要事項の記入及び確認をお願いいたします。**

（１）「申込年月日（接種年月日)」及び「今日、受ける予防接種」欄（保護者記入欄）の接種年月日及び予防接種の種類番号が正しく記入されているか、ご確認ください。

※この間、接種年月日及び予防接種の種類番号の記入誤りにより、お問い合わせさせていただく件数が増加しておりますので、ご注意ください。

なお、**予防接種の種類番号**は、「予防接種実施申込書（報告書)」（様式２）及び「個別予防接種請求書」（様式５）に記載していますので、ご確認ください。

（２）「フリガナ」欄　（保護者記入欄）

左詰めで記入し、氏名の間は１マス空けて、小文字は１マスで記入してください。

＜フリガナ記入例＞

フリガナ	ヨ	ボ	ウ	セ	ッ	シ	ュ		タ	ロ	ウ				
氏　　名	予防接種　　太郎														

（３）「予防接種番号」欄（保護者記入欄）

平成２５年４月以降に生まれた方から「予防接種番号」を付番しております。

（平成２５年３月以前に生まれた方については、予防接種番号はありません。）

出生（転入）月の翌月末頃に保護者あてに**『予防接種番号』のご案内**（様式３）を送付して、予防接種番号をお知らせします。「母子健康手帳」や「予防接種手帳」にはさみ込み、分かりやすい所に予防接種番号を転記するよう、説明しています。

これらの書類で予防接種番号が確認できた場合に、「予防接種番号」欄に記入してください。**予防接種番号が無い場合や不明の場合は、空欄のままでご提出ください。**

◎予防接種番号が無い場合や不明な場合でも、接種を見合わせていただく必要はありません。（接種見合わせ料の請求理由としては認められません。）

◎平成２５年３月までに交付された「予防接種手帳」には、表紙の右上に印刷された「発行番号」がありますが、**「発行番号」は予防接種番号ではありません。**

◎医療機関からのお電話等による予防接種番号の照会には対応できません。

（保護者等が、予防接種番号の確認を希望される場合は、対象児居住区の保健福祉センターもしくは大阪市保健所感染症対策課へ相談するようご案内ください。）

（４）「〔Lot No〕ロット番号」欄（医療機関記入欄）

接種状況の管理を詳細に行うため、〔　〕内にロット番号を記入するか、**ワクチンの箱に付属しているラベルシールを貼付**してください。

予防接種実施申込書（報告書）に〔Lot No〕欄が無い旧様式の場合は、様式２の〔Lot No〕欄と同じ箇所に番号を記入するか、ラベルシールを貼付して使用してください。

7　接種にあたって

（１）接種対象者の年齢等の確認

予約又は受付時において、接種対象年齢及び本市に居住する者であることなど、当該予防接種を受けるべき者であることを確認し、無料（大阪市負担）で接種してください。

予防接種における年齢の考え方は民法第143条を準用するため、誕生日の前日に年齢が加算されます。「○月に至るまで」の場合は、単位が「月」の場合、暦に合わせて翌月の同日の前日に、1月が経過したと考えます。なお、翌月に同日となる日が存在しない場合は、翌月の最後の日に1月が経過したと考えます。

また、令和２年２月４日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡により「○歳未満」の場合も、誕生日の前日まで接種できる期間となりました。

具体例
◎５種混合ワクチンの場合、「生後２月から生後９０月に至るまでの間にある者」
→　４月１日に生まれた者は、５月３１日（生後２月）から
７年後の９月３０日（生後９０月）までとなる。
◎ＤＴ２期の場合、「１１歳以上１３歳未満の者」
→　１月１日に生まれたものは１０年後の１２月３１日（１１歳の誕生日の前日）から
１２年後の１２月３１日（１３歳の誕生日の前日）までとなる。
◎ＭＲ１期の場合、「生後１２月から２４月に至るまでの間にある者」
→　１月１日に生まれた者は、１２月３１日（１歳の誕生日の前日）から
１２月３１日（２歳の誕生日の前日）までとなる。
◎ＭＲ２期の場合、「５歳以上７歳未満であって、就学前１年間」
→　小学校就学１年前の年度である、４月１日から翌年３月３１日までとなる。

市外住民については、居住地市町村長の発行する接種依頼書※1を持参した場合、予防接種法に基づく接種となりますが、大阪市の公費負担の対象とはなりませんので、医療機関は、市外者に対して全額実費徴収のうえ接種してください。

※1 接種依頼書とは、他市町村長が大阪市長（医療機関）に対して、定期の予防接種の実施依頼をする書類です。依頼をした予防接種について接種後に健康被害が生じた場合に、居住地市町村長が救済の責任をとるという内容のものです。
接種依頼書は、接種後は医療機関で保管していただくものとなります。

（２）予診

ア　予診の実施方法

「大阪市の実施する予防接種の予診について」（９ページ）のほか、「定期接種実施要領（厚生労働省）」、「予防接種ガイドライン（予防接種リサーチセンター）」等を参考に、大阪市の発行する予防接種手帳に編冊している予防接種予診票等による問診、検温及び診察により健康状態を把握してください。

診察結果で接種が可能と判断した時には、保護者に対して結果を説明するとともに、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度※2について十分説明した上で、改めて保護者の接種同意をサインにより確認いただいてから接種してください。

同意の確認がない場合は接種を行うことができません。

ただし、１３歳以上の者については取扱いが一部異なります。（２１ページ）

※2 予防接種健康被害救済制度について
定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生

活に支障がでるような障がいを残すなどの健康被害が生じ、予防接種によるものと国が認定した場合に、予防接種法に基づき補償する制度です。健康被害の程度等に応じて、医療費・医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、国が認定した期間支給されます。

なお、予防接種健康被害救済制度の申請に関するお問い合わせは、対象児居住区の保健福祉センターになります。

なお、本市においては、**他言語と日本語を併記した予診票**（様式６）を作成し、参考様式として大阪市ホームページ「【医療機関向け】外国人住民の方を対象とした定期予防接種について」に掲載しております。ただし、定期予防接種の予診票として代用することはできません。以下の注意事項を十分にご確認のうえ、必要に応じてご利用ください。

（１）定期予防接種の予診票は、一部（日本脳炎２期、ＤＴ２期、子宮頸がん予防ワクチン）を除き、大阪市予防接種手帳に編冊されています。

（２）接種前には、実施予定の予防接種に対応する大阪市指定の予診票を所持していることをご確認ください。

（３）外国語版予診票を使用する際は、大阪市予防接種手帳より該当する予診票を必ず切り取ってください。

（４）切り取った予診票は、予診で使用した外国語版予診票とともに医療機関にて保管し、定期予防接種の実施記録が分かるようにしてください。

（５）転入等の理由により大阪市の予診票をお持ちでない方が来院された場合は、予防接種を実施せず、お住いの区の保健福祉センターにて予診票を発行してもらうようご案内ください。

あわせて、外国人住民を対象とした予防接種のご案内ページも作成しております。必要に応じて、当該ページをご案内くださいますよう、お願いいたします。

（参考）大阪市ホームページ「外国人住民向け定期予防接種のご案内」

イ　海外からの転入者に係る予防接種の取扱いについて

海外からの転入者にかかる海外での接種歴については、医師の判断と保護者の同意に基づき、日本における定期接種を接種したとみなすことができますが、接種の可否についても保護者と接種を行う医師との同意のもと実施していただきますよう、お願いいたします。

（【参考】厚生労働省定期接種実施要領 第８項「対象者の確認」）

本市では、上記の取り扱いに基づき、海外等で受けた接種歴に関わらず、原則としてすべての予診票を交付しています。

ただし、予診票の交付時点で、予防接種法に定める「定期接種の対象年齢」を既に超えているワクチンについては、定期接種として実施することはできないため、当該ワクチンの予診票は、交付していません。

（３）他の種類のワクチンとの接種間隔、及び同時接種について

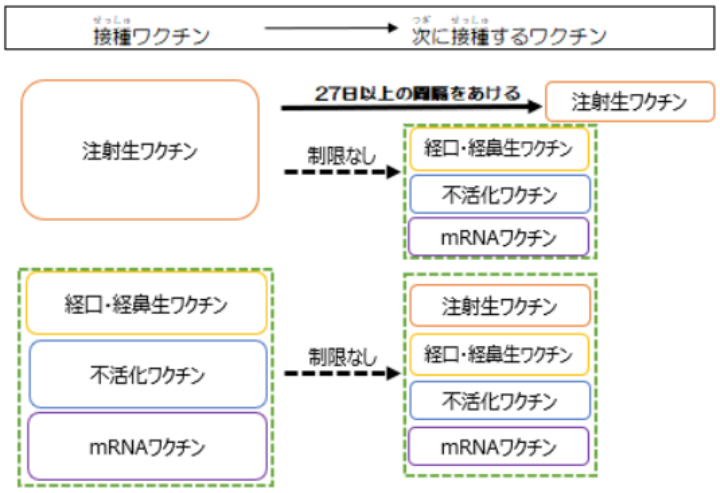
各種予防接種相互の接種間隔は、注射生ワクチン（麻しん、風しん、水痘、ＢＣＧワクチン等）の接種後に異なる注射生ワクチンを接種する場合は２７日以上の間隔をあけて接種してください。

注射生ワクチンから経口生ワクチン（ロタリックス、ロタテック）・不活化ワクチン（小児用肺炎球菌、日本脳炎ワクチン等）を接種する場合、経口生ワクチン・不活化ワクチンから異なるワクチンを接種する場合の接種間隔の制限はありません。なお、**同一種類のワクチンの接種間隔については、それぞれのワクチンに定められた接種間隔を守って接種してください。**この

間隔が守られずに接種を行った場合、定期予防接種として取り扱えないため、委託料のお支払が出来ない場合がある他、健康被害が発生した際に予防接種健康被害救済制度の対象になりませんのでご注意ください。

※注射生ワクチンを接種した翌日から２８日目以降に異なる注射生ワクチンを接種する。
（例：月曜に接種した場合、４週間後の月曜日から接種できる）

なお、２種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができます。同時接種を行う際、以下の点について留意する必要があります。



「日本小児科学会の予防接種の同時接種に対する考え方」より引用
ア　複数のワクチンを１つのシリンジに混ぜて接種しない。
イ　皮下接種部位の候補場所として、上腕外側ならびに大腿前外側があげられる。
ウ　上腕ならびに大腿の同側の近い部位に接種する際、接種部位の局所反応が出た場合に重ならないように、少なくとも２．５ｃｍ以上あける。

（４）接種時の注意

予防接種を行うにあたっては、次の事項を厳守してください。

ア　予防接種に従事する者は、手指を消毒する。

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

ウ　接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用する。

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

オ　接種液が入っているアンプルを開口する時は、開口する部分を事前にアルコールで消毒する。結核の予防接種では、アンプルを開口する部分は十分に乾燥させる（不十分な乾燥はアンプル内のアルコール混入の原因となり、均一な懸濁液が作れない）。

カ　予防接種法に基づく各予防接種の実施方法

接種に際しては、注射針の先端が血管内に入っていないことを確かめること。
また、同一部位に反復して接種することは避けること。

（ア）皮下注射（原則：上腕伸側）
対象疾病：麻しん、風しん、日本脳炎、水痘、Ｂ型肝炎
（イ）皮下注射（原則：上腕伸側）　又は　筋肉内注射（原則：大腿前外側部）※

対象疾病：5種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、ヒブ）、
小児の肺炎球菌

※５種混合ワクチンを使用したジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎及びヒブ感染症の予防接種に加え、20（または15）価ワクチンを使用した小児の肺炎球菌感染症の予防接種は、筋肉内注射することも可能である。

【筋肉内注射の標準的な部位】

（ア）接種部位は、通常、1歳未満の者には大腿前外側部、1歳以上の者には大腿前外側部又は上腕三角筋中央部とし、臀部には接種しないこと。

（イ）組織・神経等への影響を避けるため下記の点に注意すること。

・針長は筋肉内注射に足る長さで、神経、血管、骨等の筋肉下組織に到達しないよう、各被接種者に対して適切な針長を決定すること。

・神経走行部位を避けること。

・注射針を刺入したとき、激痛の訴えや血液の逆流をみた場合は直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。

（ウ）筋肉内注射（原則：上腕三角筋部）

対象疾病：子宮頸がん

留意事項：当該部位への接種が困難な場合は、大腿前外側部を考慮する。
なお、臀部（でんぶ）への接種はしないこと。

キ　ＢＣＧ接種は、接種前に接種部位をアルコール消毒し、揮発乾燥後に接種部位の皮膚を緊張させ、ワクチンの懸濁後を上腕外側のほぼ中央部（三角筋下端部）に滴下塗布し、９本針植付けの経皮用接種針（管針）を接種皮膚面に対してほぼ垂直に保ちこれを強く圧して行うこと。接種数は２箇とし、管針の円跡は相互に接するものとすること。

ク　接種用具等の消毒は、適切に行う。

（５）接種後の注意

予防接種を受けた者及び保護者に対して、次の事項を説明してください。

ア　接種後には、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動は避けるよう注意する。

イ　接種後、接種部位の異常反応や体調の変化を訴える場合には、速やかに医師の診察を受ける。

ウ　ＢＣＧ接種後は正常な経過・コッホ現象・副反応（詳細は「大阪府 BCG 接種コッホ現象対応マニュアル」を参照）について十分説明し、異常が見られた場合は速やかに接種した医療機関へ相談するよう伝える。

（６）母子健康手帳及び予防接種手帳への記録、予防接種済証の交付について

予防接種を行った際には、健康被害（事故）発生時の重要な参考資料となることから、乳幼児への接種の際には母子健康手帳への記録を確実に行うとともに、予防接種予診票の上部を切り取り、接種日・接種部位・接種場所等を記入したうえで、当該部分が予防接種済証を兼ねるため紛失しないよう被接種者に伝えて交付してください。

５種混合ワクチンを接種した際は、母子健康手帳の４種混合とヒブの欄のどちらにも接種日を記入していただくよう、お取り計らいください。（別記参照 14 ページ）

５種混合ワクチンを使用した予防接種に加え、20（または15）価ワクチンを使用した小児の肺炎球菌感染症の予防接種において、筋肉内に接種した場合は、筋肉内注射である旨と接種部位について、予診票の上部及び下部に記入してください。なお、５種混合ワクチンの場合は４種混合ワクチンの予診票を、20（または15）価ワクチンの場合は13価ワクチンの予

診票をそれぞれ読み替えて使用していただき、製造番号等が記載されているシールを貼付する等該当ワクチンを接種したことがわかるようにお取り計らいください。

また、予診票の接種部位欄は「上腕部」のみ印字されています。大腿前外側部へ接種した場合は、お手数ですが、予診票の上部及び下部にある接種部位欄に「大腿前外側部」と書き加えてください。

５種混合ワクチンを接種した際に４種混合ワクチンの予診票を読み替えて使用した場合は、予防接種手帳に編綴されているヒブワクチンの予診票については切り取っていただき、上部（予防接種済証）の余白に「５種混合ワクチン接種済み」と記入する等誤ってヒブワクチンを接種しないようにお取り計らいください。

３種混合ワクチン＋単味の不活化ポリオワクチンを接種する場合は、３種混合ワクチンについては５種混合ワクチン・４種混合ワクチンの予診票を読み替えて使用していただき、製造番号等が記載されているシールを貼付する等該当ワクチンを接種したことがわかるようにお取り計らいください。不活化ポリオワクチンについては予備用の予診票をご使用ください。

母子健康手帳は５種混合もしくは４種混合の記入欄に、３種混合ワクチンおよび不活化ポリオワクチンのそれぞれを二行に分けるなどして記入してください。記入欄が不足する場合は、その他の予防接種の欄などをご使用ください。

8　予診票等の保管について

接種後の予防接種予診票は、カルテと同様に実施医療機関において５年間保存してください。市外住民が接種依頼書を持参して接種した場合は、接種依頼書も同様に、実施医療機関において５年間保存してください。請求時に添付いただく必要はありません。

個人情報の取り扱いについて

予診票、予防接種実施申込書（報告書）などに記入される内容には、個人情報が含まれます。予防接種に従事する者等の関係者は、市民の個人情報保護の重要性に鑑み、個人情報の保護に関する法律等の趣旨を踏まえて、保管や取り扱いにあたっては、漏えい、滅失、き損等の防止、その他個人情報等の保護に必要な体制の整備、及び措置を講じなければなりませんので、万全を期していただきますようお願いします。

9　接種時・接種後の副反応の対応

（１）接種時・接種後の緊急措置及び副反応が生じた場合の措置（被接種者及び被接種者の家族からの副反応についての問い合わせ等を含む）については、原則として接種医師が対応してください。

（２）医師は、予防接種による副反応又はその疑いのある患者を診察し、厚生労働大臣が定める症状（様式４の裏面を参照）を呈していると判断した場合には、予防接種法に基づき厚生労働大臣への報告が義務付けられましたので、予防接種後副反応疑い報告について、「電子報告システム」から報告してください。

電子報告が困難な場合は、「予防接種後副反応疑い報告書」（様式４）により、独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ FAX（FAX 番号 0120－176－146）にて報告してください。

※PMDA「電子報告システム」

https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html

※予防接種後副反応疑い報告書入力アプリは令和６年３月 31 日で終了しました。

（3）　ただし、夜間等において、緊急に専門的な治療を行う必要があると認められる場合は、大阪市立総合医療センター（大阪市都島区都島本通２－１３－２２　Tel 06-6929-1221）へご連絡ください。

１０　接種委託料の請求

接種委託料の請求は、**接種月の１か月単位で取りまとめ、翌月の１０日（休日の場合は翌開庁日）まで**に「個別予防接種請求書」（様式５）に「予防接種実施申込書（報告書)」（様式２）を添付し、**記入誤りや記入漏れ等書類の不備がないか確認**のうえ、医療機関が所在する区の保健福祉センター、地区医師会または下記まで送付してください。（災害のために居住地において定期予防接種を受けることが困難な方で、本市に避難しており、対象児居住区の保健福祉センター発行の「予防接種実施願」持参の者については「予防接種実施願」を本人より受け取り、同封してください。長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により特例で定期の予防接種を実施する者については、「長期療養に係る定期の予防接種特例実施依頼書」（原本）を本人より受け取り、同封してください。）

〒５４１－００５２
大阪市中央区安土町３丁目１番３号　５階
大阪市保健所 感染症対策課（予防接種）

「予防接種実施申込書（報告書)」（様式２）の裏面は医療機関の記入欄となっておりますので、漏れなくご記入ください。接種を見合わせた理由の番号は、予診票の質問番号でご記入ください。また、接種見合わせ料は、診察後、医学的所見に基づき見合わせた場合のみ請求してください。なお、**同時接種を見合せた場合、見合せ料については、いずれか一方のみの請求となります。**

記入漏れがある場合は支払いできませんので、別紙（様式２）を参照のうえ、漏れがないようご確認ください。

また、予防接種関係法令等に基づかない対象者及び接種回数並びにワクチン接種量等があった場合には委託料をお支払いできません。万一、健康被害事故が生じた場合にも、被接種者が予防接種法等に定める健康被害救済の対象にならない可能性がありますので十分ご注意願います。

１１　接種委託料の支払い

接種委託料は契約の際に提出いただいた「口座振替申出書」に記載の銀行口座に、請求月の翌月２５日（休日の場合は前開庁日）に振り込みます。内訳については別途お送りする「予防接種委託料支払通知」にてご確認ください。

「口座振替申出書」の内容に変更が生じたときは、速やかにご連絡ください。

- 市内の医療機関の場合は、最寄りの区保健福祉センターにご連絡ください。
- 市外の医療機関の場合は、大阪市保健所にご連絡ください。

万一、連絡が遅れた場合は支払いが遅れることや、支払えないこともありますのでご注意ください。

なお、接種委託料は、個別予防接種請求書もしくは大阪市ホームページ「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」に掲載していますので、ご確認ください。

（参考）大阪市ホームページのご案内

大阪市ホームページ＞サイト内検索「予防接種の総合案内」で検索＞医療機関向け情報＞「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」＞２　新規契約の手続きについて＞「契約関係書類」＞「契約条項」

１２　その他の注意事項

（１）予防接種の実施にあたっては、予防接種の実施時間又は場所を一般外来とは分けるなど、一般の受診者から接種対象者が感染を受けないように十分配慮してください。

（2）ワクチンは、実施医療機関及び実施施設で購入していただくことになっております。ワクチンの過不足を避けるため、接種は予約方式をとり、接種希望者数に応じた量をご購入されることをお勧めします。

（3）ＢＣＧ接種後、コッホ現象を疑った場合は「コッホ現象（疑）への基本的対応フロー図」（別紙）に従い対応してください。コッホ現象については「大阪府ＢＣＧ接種コッホ現象対応マニュアル　3 コッホ現象について」を参照してください。

（4）医療機関の代表者、住所、振込口座等の変更があり、医療機関コードの変更を伴わない場合は「予防接種実施医療機関等変更届」の提出を、医療機関コードの変更を伴う場合は「予防接種実施医療機関取下げ届」の提出後、再度契約をしていただく必要がありますので、速やかにご連絡ください。なお、提出が遅れた場合は支払いも遅れますので、ご注意願います。

- 市内の医療機関の場合は、最寄りの区保健福祉センターにご連絡ください。
- 市外の医療機関の場合は、大阪市保健所にご連絡ください。

また、予防接種業務を終了される場合は「予防接種実施医療機関取下げ届」を提出していただく必要がありますので、同様にご連絡ください。

大阪市の実施する予防接種の予診について

問診事項は安全に当該予防接種が可能であるかを判断する重要な資料です。保護者の協力を得て十分に把握してください。

右側の医師の確認欄にチェックし、追加問診によって知り得た必要事項は医師の記入欄に記入してください。対象者の接種前診察（視診及び聴診等）は全員に実施します。

保護者の理解、問診、検温及び診察において問題点があれば、安全のためその日は接種を中止し、最良となるタイミングを発見するよう保護者と接種医で話し合い、接種の機会を持つように努力してください。

１　予診票の各項目の目的

（１）体温

体温は医療機関の体温計で適切に測定し、37.5℃（腋窩温又はこれに相当するもの）以上の者は明らかな発熱者として接種を中止する。

（２）発育歴

低出生体重児としての出生、分娩異常による障がい発生の可能性、その後の発育状態について健診での指摘があるかどうかを知るものである。紛れ込み事例（予防接種後に異常な副反応を疑う症状が出現したものの、予防接種が原因ではなく偶発的に同時期に発症した他の感染症などが原因である事例のこと）を最小限にするためにも、生まれた時の「分娩異常あり」または当該項目が「はい」の場合には、その内容を聞き参考にする。

（３）今日の身体の具合

どのように具合が悪いかを記入してもらう。病気の種類により、接種の可否を判断する。

（４）最近１か月以内の病気

麻しん、風しん、水痘及びおたふくかぜ等に罹患した場合には、全身状態の改善を待って接種する。医学的には、個体の免疫状態の回復を考え、麻しんに関しては治癒後４週間程度、その他（風しん、水痘及びおたふくかぜ等）の疾病については治癒後２～４週間程度の間隔をおいて接種する。その他のウイルス性疾患（突発性発疹、手足口病、伝染性紅斑等）に関しては治癒後１～２週間の間隔をおいて接種する。しかし、いずれの場合も一般状態を主治医が判断し、対象疾病に対する予防接種時点での重要性を考慮し決定する。

（５）生まれてから今までにかかった病気

病気の種類を知り、接種についての対応を決めるものである。継続して治療を受けている場合には、原則としてその疾患に主治医の当該予防接種の実施に対する意見書または診断書をもらってくるよう指導する必要がある。病状が安定しており、主治医が接種可能と考えている場合でも、接種医の判断で接種を行うかどうか決定する。病気の内容によっては予防接種に関する専門医を紹介する。

免疫不全は免疫グロブリンのサブクラスの欠損等部分的なものであっても、生ワクチンの副反応発症の恐れがあり、また、遺伝的な場合も少なくないので主治医等からの指摘の有無を記入させる。

ＢＣＧの予防接種については、家族や身の回りに結核にかかった人がいたかどうか、対象児が結核の治療を行ったかどうかを確認する。接触歴や治療歴が「はい」の場合は、接種予定の医療機関に保健福祉センターより接種可能の連絡がある場合、もしくは、保健福祉セン

ターにて母子健康手帳に接種可能と記載している場合は接種を行う。このような連絡や母子健康手帳に記載がなく判断できない場合は、当日の接種は行わず、対象児居住区の保健福祉センターへ相談するように保護者へ伝える。

（６）過去の輸血、ガンマグロブリン製剤の投与

過去の輸血又はガンマグロブリン製剤の投与等は BCG 及びロタウイルスワクチンを除く生ワクチンの効果を減衰させる可能性があるため、注意を要する。麻しんの予防接種は、輸血またはガンマグロブリンの投与後３か月（ガンマグロブリンの大量療法の場合は６か月）以上の間隔をおいて行う。

（７）ひきつけ（けいれん）

熱性けいれんと診断されている場合や、てんかんを持つがコントロールが良好な場合は、当日の体調に留意すれば速やかにすべての予防接種が可能である。いずれの場合も保護者に対し、予防接種の有効性や副反応等についての説明後、同意に基づき接種を行い、具体的な発熱時の対策（けいれん予防を中心に）や、万一けいれんが出現した時の対策を指導する。

（８）薬や食品によるじんましんや体調の変化

主治医が接種可能と考えている場合、接種医は健康状態及び体質を勘案して接種の可否を判断する。ワクチンに含まれる成分と関係ないものは心配ないが、酵母由来のＢ型肝炎ワクチンは酵母に対するアレルギーに注意が必要である。

（９）乳幼児健診での健康上の注意

乳幼児健診で健康上の注意を受けたことがあっても、主治医が接種可能と考えている場合、接種医は健康状態及び体質を勘案して接種の可否を判断する。

（１０）４週間以内の予防接種

注射生ワクチン（麻しん、風しん、水痘、ＢＣＧワクチン等）の接種後に異なる注射生ワクチンを接種する場合は２７日以上の間隔をあける。

また、同一ワクチン同士の接種間隔については、当該ワクチンの規定どおりの間隔があいているかどうか確認する。

（１１）４週間以内の家族や遊び友だちの病気

身近な人から感染し潜伏期間にあるかどうかを調査し、ワクチンの副作用と誤らないようにするためのもので、麻しんについては１０～１２日間、風しん、水痘及びおたふくかぜは２～３週間、伝染性紅斑は４～１５日間の潜伏期間等、疾病の潜伏期間によって接種時期を設定する。また、患者と接触し、潜伏期間内にあることが明らかな場合には、患児の状況を考慮して接種を決定する。

（１２）予防接種による副反応

以前に予防接種による副反応の既往があれば、その使用ワクチンの成分（添加物を含む）と実施しようとするワクチンの成分について共通性の確認も必要である。

ＢＣＧの予防接種については外傷等でケロイドができたことがあるか確認する。

（１３）近親者に予防接種を受けて具合の悪くなった者がいるか

親、兄弟姉妹は体質が似ていることが多いので、その状況を知り注意する。

（１４）予防接種の効果や副反応等についての事前確認

保護者が当日受ける予防接種の効果及び副反応並びに必要性を理解しているかを確認するためのものである。「いいえ」の場合には、医療機関で「予防接種手帳」の説明等を接種施設内で読んでもらい、その事実を記録しておく。

保護者同伴緩和の対象である日本脳炎予防接種の特例対象者及び子宮頸がん予防接種の対象者であって１３歳以上１６歳未満のものについては、当日の保護者の同伴がなく「いいえ」の場合接種ができない。

（１５）その他（妊娠の可能性について）

日本脳炎予防接種の特例対象者及び子宮頸がん予防接種対象者のうち、１３歳以上の女性への接種に当たっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できる。

このため、接種医は、入念な予診が尽くされるよう、予診票に記入された内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に、口頭で記入事実の確認を行う。また、その際、被接種者本人が事実を話しやすいような環境づくりに努めるとともに、本人のプライバシーに十分配慮する。

（母子感染予防の対象者について）

Ｂ型肝炎ワクチンの接種において、ＨＢｓ抗原陽性の方の胎内又は産道においてＢ型肝炎ウイルスに感染するおそれがあり、抗ＨＢｓ人免疫グロブリンの投与に併せて組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチンの投与を受けたことのある者は定期接種の対象から除く。

２　医師の記入欄

医師は予診票を確認し、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種の可否に関する診断をし、保護者に説明する。署名は医師の直筆で行う。ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行う。

３　保護者のサイン

医師の診断により接種可の場合、保護者の接種の同意を確認し、サインを受けてから接種する。

４　使用ワクチン名、接種量、実施場所等の欄

副反応が出た場合等に備え、ワクチン名とロット番号（これでワクチンメーカー名が確認できる）、最終有効年月日及び接種部位を予診票に記入する。接種量は年齢によって異なることがあるので記入する。実施場所、医師名等の欄はゴム印でもよい。

《接種不適当者及び接種要注意者について》

接種不適当者とは、予防接種を受けることが適当でない者をさし、これらの者には接種を行ってはいけません。

また、接種要注意者とは、接種の判断を行うに際して注意を要する者をさし、被接種者の健康状態及び体質を勘案したうえで、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、保護者に対し十分に説明した上で、説明に基づく同意を確実に得て接種してください。

予診の結果、異常が認められ、かつ、予防接種実施規則第６条に規定する、接種が不適当な者に対しては、当日は接種を行わず、必要がある場合は精密検査を受けるよう指示してください。

１　予防接種不適当者（予防接種法施行規則第６条及びワクチン添付文書より抜粋）

予防接種不適当者は次のとおりです。

（１）　明らかな発熱を呈している者（３７．５℃以上）
（２）　重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
（３）　当該予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
（４）　麻しん及び風しん、水痘に係る予防接種の対象者にあっては、妊娠していることが明らかな者
（５）　結核に係る予防接種の対象者にあっては、結核その他の疾病の予防接種、外傷等によるケロイドの認められる者
（６）　結核に係る予防接種の対象者にあっては、結核の既往のある者
（７）　結核、麻しん、風しん、水痘の対象者にあっては、免疫機能に異常のある疾患を有する者および免疫抑制をきたす治療を受けている者
（８）　Ｂ型肝炎の予防接種の対象者で、母子感染予防として、出生後にＢ型肝炎ワクチンの接種を受けた者
（９）　ロタウイルス感染症に係る予防接種の対象者にあっては、腸重積症の既往歴のあることが明らかな者、先天性消化管障がいを有する者（その治療が完了したものを除く。）及び重症複合免疫不全症の所見が認められる者
（10）　その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

２　予防接種要注意者

予防接種要注意者は次のとおりです。

（１）　心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障がい等の基礎疾患を有する者
（２）　予防接種で接種後２日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
（３）　過去にけいれんの既往のある者
（４）　過去に免疫不全と診断されている者及び近親者に先天性免疫不全症者がいる者
（５）　接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれのある者
（６）　結核の予防接種においては、過去に結核患者との長期に接触がある者や、結核感染の疑いのある者
（７）　ロタウイルス感染症の予防接種においては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者
（８）　子宮頸がん予防接種対象者で、妊娠している可能性のある者
（９）　子宮頸がん予防接種対象者で授乳中の者

令和８年度大阪市個別予防接種一覧表（A類疾病）

（※印の詳細については予防接種実施の手引き１６～２０ページ参照）

ワクチン種別・回数			接種対象年齢(法定)		接種間隔(法定)	標準的な接種年齢（時期）	接種量	方法
BCG ※1	1回		生後1歳に至るまで	1歳の誕生日の前日まで		時期は生後5～8月に至るまで	添付のスポイトで懸濁液を滴下(不十分な場合はもう1滴滴下)	経皮管針法(接種数:2箇)
ロタリックス ※2	1回目 2回目	2回	出生6週0日後～24週0日後まで	出生24週0日後まで	27日以上の間隔をあける	1回目:生後2月～出生14週6日後まで	1．5ml	経口
ロタテック ※2	1回目 2回目 3回目	3回	出生6週0日後～32週0日後まで	出生32週0日後まで	27日以上の間隔をあける	1回目:生後2月～出生14週6日後まで	2．0ml	経口
ヒブ	※3		生後2月～60月に至るまで	5歳の誕生日の前日まで	※3	時期は生後2～7月に至るまで	0．5ml	皮下
小児用肺炎球菌	※4		生後2月～60月に至るまで	5歳の誕生日の前日まで	※4	時期は生後2～7月に至るまで	0．5ml	皮下又は筋肉内
B型肝炎	1回目 2回目 3回目	3回	生後1歳に至るまで	1歳の誕生日の前日まで	27日以上の間隔をあける 1回目から139日以上の間隔をあける	時期は生後2～9月に至るまで	0．25ml	皮下
ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ ヒブ (DPT-IPV-Hib) ※5	1期 初回 1回目 1期 初回 2回目 1期 初回 3回目	3回	生後2～90月に至るまで	7歳6か月の前日まで	20日以上の間隔をあける	間隔は56日まで時期は生後2～7月に至るまで	0．5ml	皮下又は筋肉内
	1期 追加	1回			1期初回(3回)接種終了後6か月以上の間隔をあける	時期は1期初回(3回)終了後、6～18月		
ジフテリア・破傷風(DT)※5	2期	1回	11歳以上13歳未満	13歳の誕生日の前日まで		時期は11歳	**0．1ml**	
MR 麻しん 風しん ※6	1期	1回	生後12～24月に至るまで	2歳の誕生日の前日まで			0．5ml	皮下
	2期	1回	5歳以上7歳未満で小学校就学前の1年間（R2.4.2～R3.4.1生まれの方）	就学1年前の年度4/1～3/31まで				
水痘 ※7	1回 2回		生後12～36月に至るまで	3歳の誕生日の前日まで	3か月以上の間隔をあける	時期は生後12～15月に至るまで 間隔は1回目終了後6～12月	0．5ml	皮下
日本脳炎 ※8	1期 初回 1回目 1期 初回 2回目	2回	生後6～90月に至るまで	7歳6か月の前日まで	6日以上の間隔をあける	間隔は28日まで時期は3歳	**3歳未満 0．25ml** 3歳以上 0．5ml	皮下
	1期 追加	1回			1期初回(2回)接種終了後6か月以上の間隔をあける	間隔は1期初回(2回)接種終了後概ね1年時期は4歳		
	2期	1回	9歳以上13歳未満	13歳の誕生日の前日まで		時期は9歳	0．5ml	
子宮頸がん予防 (HPV) ※9	1回目 2回目 3回目	3回(2回)※9	定期接種:小学6年生～高校1年生相当の年齢（H22.4.2～H27.4.1生まれ）の女性	定期接種:高校1年相当の年度の3/31まで	※9	13歳となる日の属する年度	0．5ml	筋肉内

・対象年齢、接種の種類、間隔等の確認を徹底してください。対象外の費用は、公費負担となりませんのでご注意ください。

個別予防接種一覧表の※１～※９について（ワクチン種別詳細な接種方法）

接種対象年齢及び接種間隔は、予防接種法施行令、予防接種実施規則に基づくものです。必ず、遵守してください。

【参考】同一ワクチンの接種間隔の考え方

２０日以上の間隔をあける→２１日目以降に接種する（３週間後の同じ曜日から接種可）

２７日以上の間隔をあける→２８日目以降に接種する（４週間後の同じ曜日から接種可）

３か月以上の間隔をあける →３か月後の同日以降に接種する（前回が４月１日であれば７月１日以降）

６か月以上の間隔をあける →６か月後の同日以降に接種する（前回が４月１日であれば１０月１日以降）

７か月以上の間隔をあける →７か月後の同日以降に接種する（前回が４月１日であれば１１月１日以降）

※以下、厚生労働省事務連絡「定期の予防接種における対象者の解釈について」より抜粋

『●歳以上』の考え方

誕生日の前日に１歳年をとると考えますので、令和６年４月１日生まれの人であれば、「１歳以上から接種可能」といった場合、「令和７年３月３１日から接種可能」という意味になります。

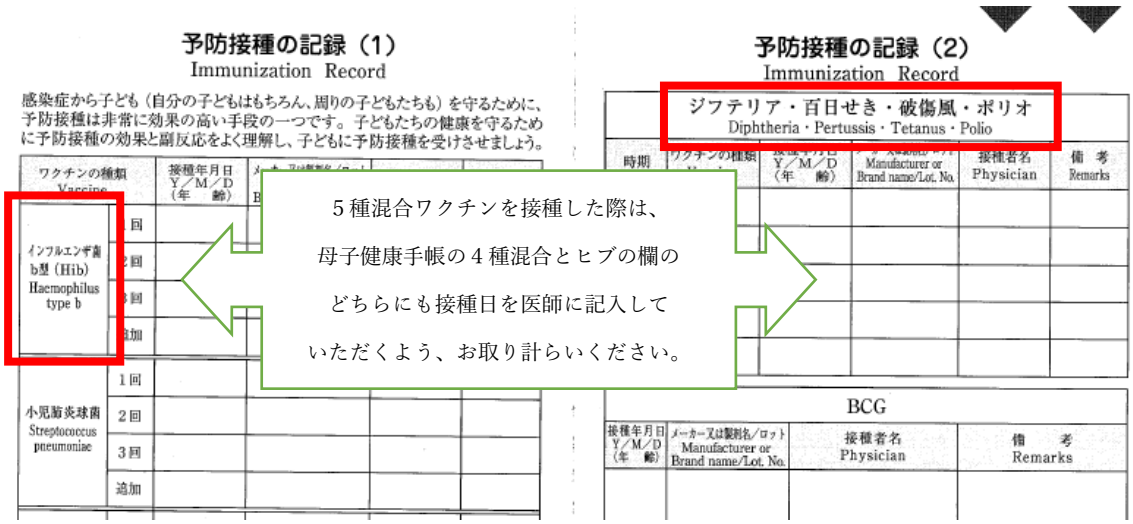
『生後３月から生後６月に至るまでの間』の考え方

令和６年４月１日生まれの人であれば、７月１日の前日（６月３０日）に生後３月を迎えたと考えます。同様に、生後６月であれば、１０月１日の前日（９月３０日）に生後６月を迎えたと考えます。

したがって、この場合、『生後３月から生後６月に至るまでの間』とは『６月３０日から９月３０日までの期間内』ということになります。

標準的な接種年齢（時期）は、その病気の特徴やワクチンの免疫獲得等を勘案して最も適切と推奨されている接種時期のことです。標準的な接種年齢で受けることができなくても、対象年齢の範囲であれば公費負担となりますのでご留意ください。

（参考）母子健康手帳



【※１】ＢＣＧワクチン

（１）接種方法の詳細は、研修会資料や「大阪府ＢＣＧ接種コッホ現象対応マニュアル」を参照してください。

（大阪府ＢＣＧ接種コッホ現象対応マニュアル）

https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/4145/osakafubcgmanyuaruhosoku201803_1.pdf

（２）擦過傷を起こした場合

直ちに保護者へ今後の経過（ＢＣＧ接種後の経過と同様に、腫脹などの強い反応が見られますが、徐々に軽快し瘢痕化してくることが多い）を説明し、経過観察を行ってください。また、他の予防接種と同様に速やかに医療機関所轄の保健福祉センターにご報告ください。詳しくは、「適切な予防接種の徹底について」 P.21 をご参照ください。

【※２】ロタウイルスワクチン

・ロタウイルスワクチンは「ロタリックス」(GSK) と「ロタテック」(MSD) の２種類がありますが、原則として、同一種類のワクチンを必要回数接種してください。

【※３】ヒブワクチン

・使用するワクチンは、５種混合ワクチンを基本とします。

・ヒブワクチン（単味）の定期接種としての実施は、製造販売業者が示す最終出荷製品の使用期限である令和８年 10 月 16 日（金）までとなります。なお、令和８年 10 月 17 日（土）以降にヒブワクチン（単味）を使用した場合は、間違い接種となりますのでご留意ください。(間違い接種については、P23「適切な予防接種の徹底について」を参照してください。)

※なお、すでに４種混合ワクチンとヒブワクチンを接種している場合は、【※５】で示す実施方法に基づき接種してください。

接種開始時期	回数	接種間隔
生後２～７か月に至るまで ※標準的な接種年齢	４回	初回接種：２７日(医師が必要と認める時は２０日)以上(標準的には５６日まで)の間隔をあけて３回 追加接種：初回接種終了後７か月以上（標準的には１３か月まで）の間隔をあけて１回 ※初回２回目及び３回目の接種は、生後１２か月に至るまでに行い、それを超えた場合は行わない。この場合、追加接種は可能であるが、初回接種終了後、２７日(医師が必要と認めるときは２０日)以上の間隔をあけて１回行う。
生後７～１２か月に至るまで （１歳の誕生日の前日まで）	３回	初回接種：２７日（医師が必要と認める時は２０日)以上(標準的には５６日まで)の間隔をあけて２回 追加接種：初回接種終了後７か月以上（標準的には１３か月まで）の間隔をあけて１回 ※初回２回目の接種は、生後１２か月に至るまでに行い、それを超えた場合は行わない。この場合、追加接種は可能であるが、初回接種終了後、２７日（医師が必要と認めるときは２０日)以上の間隔をあけて１回行う。
生後１２～６０か月に至るまで (5 歳の誕生日の前日まで)	１回	

【※４】小児用肺炎球菌ワクチン

・使用するワクチンについては、PCV20(20価)を基本としますが、当面の間はPCV15(15価)も使用できることとします。

・PCV20(20価)の定期接種化に合わせてPCV13(13価)は使用するワクチンから除かれました。

・PCV13(13価)からPCV20(20価)に切り替えて接種した場合の有効性と安全性は薬事審査において確認されています。

・PCV15(15価)とPCV20(20価)の交互接種の有効性と安全性は確立していません。原則として同一のワクチンで接種を完了してください。

接種開始時期	回数	接種間隔
生後２～７か月に至るまで ※標準的な接種年齢	４回	初回接種：（標準的には生後１２か月までに）２７日以上の間隔をあけて３回 追加接種：初回接種終了後６０日以上の間隔をあけた後、かつ生後１２か月に至った日以降に１回 （標準的な接種期間は生後１２～１５か月） ※初回２回目及び３回目の接種は生後２４か月に至るまでに行い、それを超えた場合は行わない(追加接種は実施可能)。 ※初回２回目の接種が生後１２か月を超えた場合、初回３回目の接種は行わない（追加接種は実施可能)。
生後７～１２か月に至るまで （１歳の誕生日の前日まで）	３回	初回接種：（標準的には生後１２か月までに）２７日以上の間隔をあけて２回 追加接種：初回接種終了後６０日以上の間隔をあけた後、かつ生後１２か月に至った日以降に１回 ※初回２回目の接種は生後２４か月に至るまでに行い、それを超えた場合は行わない（追加接種は実施可能)。
生後１２～２４か月に至るまで （２歳の誕生日の前日まで）	２回	６０日以上の間隔をあける
生後２４～６０か月に至るまで （５歳の誕生日の前日まで）	１回	

【※５】ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ、ＤＰＴ、ＤＴワクチン

・使用するワクチンは、５種混合ワクチン（ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ）を基本とします。

・すでに４種混合ワクチンで接種を開始している場合は、接種方法を下記のとおり整理しましたので、ご対応をお願いします。

各パターン	残りの接種に係る実施方法
１.「４種混合ワクチン」と「ヒブワクチン」の規定の回数が揃っている場合	５種混合ワクチンを接種※１
２.「４種混合ワクチン」より「ヒブワクチン」の接種回数が少ない場合（ヒブワクチンを標準的なスケジュールで接種している場合のみ）	５種混合ワクチンを接種※１

各パターン	残りの接種に係る実施方法
３.「４種混合ワクチン」より「ヒブワクチン」の接種回数が多い場合	①３種混合ワクチン及び不活化ポリオワクチンを接種 ②３種混合ワクチン及び不活化ポリオワクチンが入手困難な場合、国省令に基づき、ヒブワクチンの回数によらず、５種混合ワクチンを接種※１ ※２　この場合、後から接種する５種混合ワクチンから見て、直前の３種混合ワクチンまたは４種混合ワクチンとの接種間隔が定められたものとなるよう、次の方法に準じて必要な日数を確保してください。
【５種混合ワクチンに切り替える場合の接種方法】	【定期接種実施要領（厚生労働省）より一部抜粋】 ア 初回接種の１回目に４種混合ワクチン及び乾燥ヘモフィルスｂ型ワクチンを接種した者であって初回接種の２回目又は３回目を接種していない者が、前回の注射から 20 日以上の間隔をおいて５種混合ワクチンを２回接種し、同ワクチンにより追加接種として初回接種終了後６月以上、標準的には６月から 18 月までの間隔をおいて１回接種する方法。 イ 初回接種の１回目及び２回目に４種混合ワクチン及び乾燥ヘモフィルスｂ型ワクチンを接種した者であって初回接種の３回目を接種していない者が、前回の注射から 20 日以上の間隔をおいて５種混合ワクチンを１回接種し、同ワクチンにより追加接種として初回接種終了後６月以上、標準的には６月から 18 月までの間隔をおいて１回接種する方法。 ウ ４種混合ワクチンを接種した者であって初回接種を完了した者が、５種混合ワクチンを初回接種終了後６月以上、標準的には６月から 18 月までの間隔をおいて１回接種する方法。

※１　異なるメーカーの交互接種（５種混合ワクチンへの切り替え）は、安全性について確認ができていないため、原則、お控えください。

➢最後の接種が４種混合ワクチン「テトラビック」（阪大微研）の場合は、５種混合ワクチン「ゴービック」（阪大微研）へ切り替えてください。

➢最後の接種が４種混合ワクチン「クアトロバック」（KM バイオロジクス）の場合は、５種混合ワクチン「クイントバック」（KM バイオロジクス）へ切り替えてください。

・令和５年４月１日より接種対象年齢が生後２～９０月に至るまでとなっています。
ただし、１期のＤＴワクチンについては生後３～９０月に至るまでで変更はありません。

・ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブのいずれかに罹患された方でも５種混合ワクチンの接種が可能です。

・２期の接種についてはＤＴトキソイドしか使用できません。

【※６】ＭＲワクチン

・麻しん・風しんのどちらかに過去に罹患したことがある方でもＭＲワクチンの接種は可能です。

・保護者からの希望がある場合は、ＭＲワクチンのかわりに麻しん・風しんの単抗原ワクチンの接種も可能です。

・武田薬品工業株式会社のＭＲワクチンの出荷停止に伴うワクチン不足を受けて、令和７年４月１日から令和９年３月 31 日までの２年間、以下の対象者の実施期間を延長しています。

✧　１期：令和４年４月２日～令和５年４月１日生まれの方

✧　２期：平成 30 年４月２日～平成 31 年４月１日生まれの方

➢その他ワクチン接種の受付や診察の際、MR ワクチンの接種記録を母子健康手帳等でご確認いただき、対象の方へのご説明や接種のご案内をお願いします。
➢予防接種実施申込書(報告書)の「今日、受ける予防接種」欄には、１期は「１０」、２期は「１１」と記入し、個別予防接種請求書はそれぞれ計上してください。

【※７】水痘ワクチン

・すでに水痘にかかったことがある方は対象外となります。

【※８】日本脳炎ワクチン

平成１７年度から平成２１年度にかけて、日本脳炎の予防接種の積極的接種勧奨の差し控えにより接種の影響を受けている者に対して特例措置が設けられています。ただし、不足する回数に限り、接種方法の詳細については下表をご参照ください。

※予防接種実施申込書（報告書）の「今日、受ける予防接種」欄には、１期の経過措置分（１回目・２回目・追加）は経過措置「２２」、２期接種は「１９」と記入し、個別予防接種請求書はそれぞれ計上してください。

「特例対象者」の接種方法について

○平成７年４月２日～平成 19 年４月１日生まれの方は２０歳未満までの間、接種できます。
【根拠となる関係法規：予防接種実施規則　附則第３条】

すでに接種した回数 （平成 23 年 5 月 20 日時点）	接種回数	接種方法
全く受けていない方	残り４回 （１期３回 ２期１回）	１回目の接種後６日以上（標準的には２８日まで）の間隔をあけて２回目を接種し、その後は６か月以上(標準的には概ね１年）の間隔をあけて３回目を接種 ４回目の接種は９歳以上の方に対し、３回目の接種後６日以上の間隔をあけて（標準的には５年後）接種
１回接種を受けた方	残り３回 （１期２回 ２期１回）	２回目と３回目は６日以上の間隔をあけて接種 ４回目の接種は９歳以上の方に対し、３回目の接種後６日以上の間隔をあけて接種
２回接種を受けた方	残り２回 （１期１回 ２期１回）	３回目と４回目は６日以上の間隔をあけて接種 ただし４回目は９歳以上の方に接種
３回接種を受けた方	残り１回 （２期１回）	４回目は、９歳以上の方に接種

※予防接種実施規則の一部を改正する省令（平成 23 年厚生労働省第 62 号）公布日より施行する。

【※９】子宮頸がん予防ワクチン

令和３年 11 月 26 日の国通知「ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期接種の今後の対応について」により積極的勧奨を再開しています。接種対象者等から接種について相談を受けた場合や、接種対象者等が接種のために受診した場合は、子宮頸がん予防ワクチンの有効性・安全性（ベネフィットとリスク）等について十分に説明したうえで、接種対象者等が接種を希望した場合に接種してください。その際、ワクチンに関する情報が接種対象者等に対して行き届いていない場合があることや、接種に不安を抱いている場合があることに留意し、適切に対応してください。また、令和８年４月１日より、子宮頸がん予防ワクチンの定期接種は９価ワクチンのみが対象となり、２価および４価ワクチンは対象外となります。なお、接種回数（２回または３回）は、年齢・接種間隔により異なります。

接種方法 接種方法	標準的な接種間隔は、１回目接種から２か月後に２回目、１回目から６か月後（ただし、２回目から３か月以上間隔があいていること）に３回目を接種。 ※標準的な接種間隔で接種できない場合は、１回目から１か月以上の間隔をあけて２回目接種、２回目から３か月以上の間隔をあけて３回目接種。 【１５歳未満※で１回目を接種した場合】※１５歳の誕生日の前日まで 標準的な接種間隔は、１回目接種から６か月後に２回目を接種。 ※標準的な接種間隔で接種できない場合は、１回目から５か月以上の間隔をあけて２回目接種。 ※２回目接種が５か月未満（ただし、１か月以上あけること）である場合、３回目接種が必要になるため、２回目から３か月以上の間隔をあけて３回目接種。
注意事項	・原則、同一の者に異なるワクチンを使用せず、同一のワクチンを使用すること。 ただし、２価または４価ワクチンで規定の回数の一部を完了し、９価ワクチンで残りの回数の接種を行う交互接種については、医師と被接種者等がよく相談した上であれば、実施して差し支えない。 その場合の接種方法は、１回目から１か月以上の間隔をあけて２回目接種、２回目から３か月以上の間隔をあけて３回目接種。 現時点で、交互接種における免疫原性や安全性に関する懸念は報告されていません。 ・接種にあたっての注意事項等は適宜改正されておりますので、 厚生労働省の最新情報をご確認願います。 ヒトパピローマウイルス感染症～子宮頸がんと HPV ワクチン～ https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html ※医療従事者向けリーフレット等も掲載されていますのでご参照ください。

※接種間隔について

「○か月後」は接種日と同日以降の接種を意味します。**（１か月後とは、４週間後ではありません）**

月末に接種し、翌月以降に同日がない場合は、その翌月の１日になります。

具体例

◎４月　１日の１か月後の場合　→　　５月１日以降に接種してください。

◎１月 31 日の１か月後の場合　→　　３月１日以降に接種してください。

○接種後の体調の変化などを訴える方が受診した場合の対応について

ワクチン接種直後から、あるいは遅れて接種部位や接種部位と異なる部位の持続的な痛み、倦怠感、運動障害、記憶など認知機能の異常、その他の体調の変化などを訴える患者が受診した場合は、子宮頸がん予防ワクチン接種との関連を疑い症状を訴える患者が存在することを念頭に置き、傾聴の態度(受容、共感)を持って接し、共感を表明しつつ、診療にあたってください。

患者が落ち着いて診療を受けられるよう、また治療方針が首尾一貫するよう取り計らいつつ、自分が主治医として診療するか、協力医療機関、専門医療機関の医師に紹介するかを検討してください。患者の行き場がなくなる状況とならないように、紹介する際も、主治医が決定するまでは責任を持って自身で診療にあたってください。

副反応疑い報告を行うか検討してください。

子宮頸がん予防ワクチン接種後に生じた症状について、患者により身近な地域で適切な診療を提供するため、大阪府においては次の協力医療機関が選定されています。

大阪大学医学部附属病院（小児科：１５歳以下、婦人科：１６歳以上）
（電話番号）０６－６８７９－５１１１（代表）
大阪医科薬科大学病院（総合診療科、麻酔科、ペインクリニック）
（電話番号）０７２－６８３－１２２１（代表）
近畿大学病院（小児科思春期科）
（電話番号）０７２－３６６－０２２１（代表）
大阪公立大学医学部附属病院（女性診療科）
（電話番号）０６－６６４５－２３７１

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により定期の予防接種の機会を逸した者への接種機会の確保について

平成 25 年１月 30 日付健発 0130 第４号にて予防接種法施行令の一部を改正する政令の施行により、同日以降、定期の予防接種（ロタウイルス感染症を除く）の対象者であった者で、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった等の特別な事情により、定期の予防接種の機会を逸したと認められる者に対し、当該特別な事情がなくなった日から起算して２年を経過するまで（ただしＢＣＧワクチン、５種混合ワクチン、ヒブ、小児用肺炎球菌ワクチンは年齢制限あり）の間、定期の予防接種の対象者とすることとなりました。

１　対象者

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかるなど特別な事情（次の(１)～(３)に該当するもの）があったことにより、やむを得ず定期の予防接種が受けられなかった市民

（１） 予防接種法施行規則で定める疾病にかかったこと

ア　重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病

イ　白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病

ウ　「ア」又は「イ」の疾病に準ずると認められるもの

（２）臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと

（３）医学的知見に基づき、（１）又は（２）に準ずると認められるもの

２　接種期間

当該特別な事情がなくなった日から起算して２年を経過するまでの間（ただしＢＣＧワクチンは４歳に達するまで、小児用肺炎球菌ワクチンは６歳に達するまで、ヒブワクチンは 10 歳に達するまで、５種混合ワクチンは 15 歳に達するまでの年齢制限あり）

３　接種手順

（１）医療機関は、対象者又は対象者の保護者より、長期療養に係る定期の予防接種特例実施依頼書（「実施依頼書」という。）を受け取り、予診票、予防接種実施申込書（報告書）を記入してもらう。

※実施依頼書は、事前に対象児居住区の保健福祉センターにおいて発行します。実施依頼書がない場合、定期の予防接種として認められませんのでご留意ください。

（２）予防接種の実施にあたっては、病状の変化を考慮し、予診の徹底など健康状況を十分に把握したうえで接種が行われるよう特に留意してください。

（３）委託料の請求（７ページ参照）には、必ず実施依頼書（原本）を同封してください。

（４）ＢＣＧについては、別途契約を締結したツベルクリン反応検査取扱医療機関において、事前にツベルクリン反応検査で陰性確認を行う必要があり、取扱いが異なります。詳しくは保健所感染症対策課結核グループへご連絡ください。

４　特例対象要件の確認

実施依頼書の発行には対象者又は対象者の保護者から居住区の保健福祉センターに、長期療養に係る予防接種特例実施の申出書の提出が事前に必要となります。特例対象の要件を満たすかどうかを判断するため、主治医から治療経過等の情報をいただく必要があるので、対象者又は保護者から記入のご依頼があった場合にはよろしく取り扱われますようお願いいたします。

１３歳以上の未成年者の接種にあたっての注意事項について

（日本脳炎特例対象者、子宮頸がん予防接種対象者）

【保護者の同伴要件】

これまで、未成年者の予防接種の実施にあたっては、保護者の同伴が必要となっていましたが、日本脳炎予防接種の特例対象者（平成７年４月２日から平成１９年４月１日までの間に生まれた者）及び子宮頸がん予防接種対象者のうち、１３歳以上１６歳未満の者へ実施する場合は、保護者が予診票の記載事項をあらかじめ読み、理解し、納得して対象者に予防接種を受けさせることを希望する場合に、保護者が同伴しなくても対象者は予防接種を受けることができるようになりました。

ただし、当日保護者が同伴しない場合、あらかじめ接種することの保護者の同意を予診票上の保護者自署欄（署名欄２か所）にて確認できた場合に接種することができます。

また、１６歳以上の者へ実施する場合は、保護者の同伴がなくても被接種者本人の自署（予診票の問診部分１か所）で接種することができます。

ケースとしては次の３点が考えられますので、十分に確認のうえ接種してください。

１　接種当日保護者が同伴する場合

→　自署欄（問診部分１か所）は、接種当日、予診後医師の説明に同意した上で保護者が記入します。

２　接種当日保護者が同伴しない場合（１３歳以上１６歳未満に限る）

→　自署欄（２か所）は、前もって保護者が記入します。
　　自署がもれている場合は接種することはできません。

３　被接種者が１６歳以上であり、保護者の同伴が必要ない場合

→　自署欄（問診部分１か所）は、接種当日、予診後医師の説明を受け、被接種者本人が同意した上で本人が記入します。

【予防接種後副反応等に関する説明及び同意】

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、なら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、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します。

【妊娠の可能性に関する確認】

１３歳以上の女性への接種にあたっては、妊娠中若しくは妊娠している可能性がある場合には原則接種しないこととし、予防接種の有益性が危険性を上回ると判断した場合のみ接種できます。このため、接種医は、入念な予診が尽くされるよう、予診票に記入された内容だけで判断せず、必ず被接種者本人に、口頭で記入事実の確認を行います。また、その際、被接種者本人が事実を話しやすいような環境づくりに努めるとともに、本人のプライバシーに十分配慮してください。

適切な予防接種の徹底について

近年、接種するワクチンの種類、接種回数が増加しております。
予防接種関連法令やワクチンの添付文書等の記載内容を守らず予防接種を実施した場合、被接種者が十分な免疫を獲得できないおそれがあるほか、健康被害が生じる可能性もありますので、適切な予防接種の実施をお願いいたします。

つきましては、不適切な接種が起こらないよう、接種の例、並びに参考として間違い防止のチェックリストをお示ししますので、ご参照いただき、不適切な接種が発生しない実施体制の構築に努めていただきますようよろしくお願いします。

万一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、ＢＣＧ接種による擦過傷を起こした場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いが判明した場合は、所轄の保健福祉センターへ速やかに連絡し、大阪市ホームページを確認の上「間違い接種報告書」を提出してください。

大阪市ホームページ
適正な予防接種の
実施について

○気をつけていただきたい接種内容について
（接種間隔については、特に報告の多かったものを例示しています。）

	過去の間違い接種例	正しい接種方法
接種間隔	小児用肺炎球菌、５種混合を同時接種した場合、初回１回目から２１日後に２回目を接種	小児用肺炎球菌は２７日以上の間隔をあける（＝２８日目以降から接種可）
	小児用肺炎球菌を生後７か月から接種開始し２回目から３０日後に３回目を接種	３回目（追加免疫）は６０日以上の間隔をあけ、かつ１歳以降に行う
	日本脳炎の２回目を接種して２８日後に３回目を接種	３回目は、６か月以上の間隔をあける ※特例接種対象者の場合はP．１８を参照
	水痘の２回目を１回目から３か月経過する前に接種	２回目は１回目の接種から３か月以上の間隔をあけて接種（例：４月１日に接種した場合は、７月１日以降に接種可）
	Ｂ型肝炎の１回目を接種して６０日後に３回目を接種	３回目は 139 日以上の間隔をあける
接種量	日本脳炎を１歳３か月児に０．５ml 接種	３歳未満は０．２５ml
部位	ＢＣＧを上腕内側に接種	上腕外側三角筋下端部に接種
年齢外	ＭＲ２期を５歳の誕生日翌日に接種	５歳以上７歳未満であって、かつ、**就学前１年間**
回数	小児用肺炎球菌を２歳から接種開始して２回接種	２歳以降で開始した場合は１回接種で完了

○間違い接種が発生しやすい状況と対策について

状　況 ⇨	対　策
兄弟･姉妹が同時に受診	保護者(被接種者）への氏名・ワクチンの種類の口頭確認 トレイの準備は別々にする
途中から異なる医療機関で接種した場合 （カルテに接種歴がない、母子健康手帳持参忘れ等）	母子健康手帳の接種歴、保護者への口頭確認 同一種、異種ワクチンの接種間隔の確認の徹底
接種作業の分業化による確認の省略 (受付で接種歴確認、看護師がワクチン準備、医師が接種)	事務・看護師・医師が複数人で確認 （ダブルチェック作業の徹底）
受診者数が多い時､慣れないスタッフが対応等	マニュアル化、情報共有及び研修を実施 確認のためのチェックリストの活用

【参考例】接種誤り防止のチェックリスト

予防接種を適正に行なうために、確認は医師のみが行うのではなく、複数人が分担し、かつ責任の所在を明確にしてチェックを行えるような体制を整えておくことが重要です。以下のチェック項目をご参照ください。
［参考］：予防接種間違い防止の手引き　予防接種ガイドライン等検討委員会より一部抜粋

1　受付時の確認事項

☐ 対象者を住所、フルネーム、年齢、生年月日で確認する。
☐ 予防接種の種類と回数を確認する。
☐ 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。
☐ 接種歴を確認する。
☐ 直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
☐ 予診票の質問事項がすべて回答されているか確認する。
☐ 検温を行い、記録する。

2　問診時の確認事項

☐ 対象者を住所、フルネーム、年齢、生年月日で確認する。
☐ 予防接種の種類と回数を確認する。
☐ 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。
☐ 接種歴を確認する。
☐ 直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
☐ 接種前の検温を確認する。
☐ 予診票の記入に漏れがあれば確認する。
☐ 診察を行い、体調を確認する。
☐ 医師署名欄にサインする。
☐ 保護者（又は本人）の承諾サインをもらう。

3　接種時の確認事項

☐ ワクチンの種類および有効期限を確認する。ワクチンを希釈した場合は、希釈した時間を記録し、接種時に使用期限内であることを確認する。
☐ ワクチンの外観を確認する。
☐ ワクチンの接種量を確認する。
☐ 接種方法を確認する。

4　接種後の確認事項

☐ 使用済み注射器はリキャップをせずに、そのまま廃棄容器に適正に廃棄する。
☐ 予診票、カルテ、母子健康手帳などに接種日、メーカー名、ワクチンロット番号、接種量、医療機関名などを記入する。
☐ 予診票を回収したか確認する。
☐ 接種終了後の注意事項を説明する。
☐ 副反応にそなえ、接種一定時間、被接種者の状態を観察する。

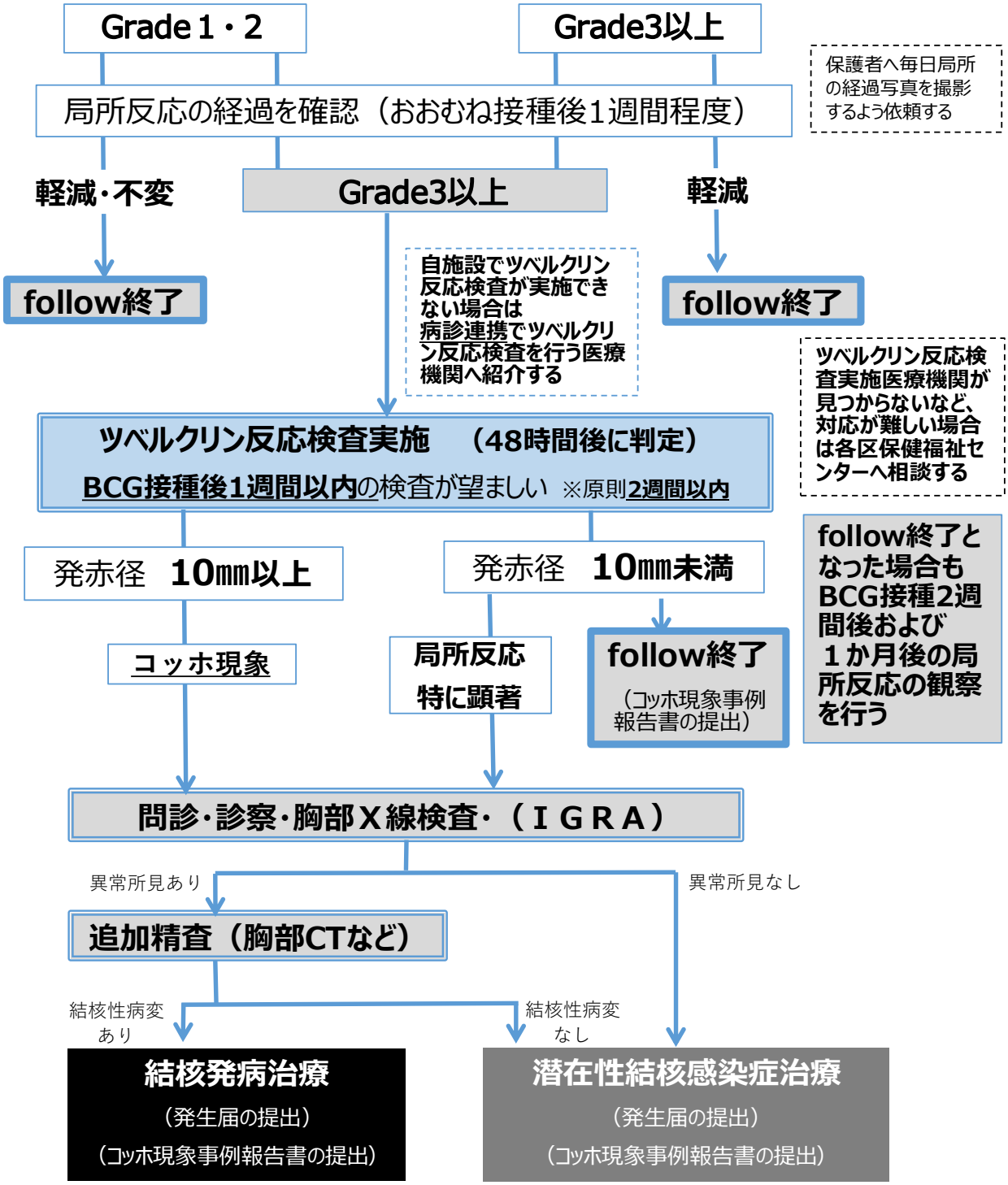
5　ワクチン保管の確認事項

☐ ワクチンの保管については、各ワクチンの添付文書で確認する
☐ ワクチンの種類別に整理し、使用予定数を確保しておく。
☐ 有効期限までの日数が長いものは奥に、短いものは手前に置く。
☐ 保管庫の温度を記録する（保管庫内に最低最高温度計を入れておく）。

［参考］　厚生労働省啓発リーフレット「予防接種における間違いを防ぐために（2025年4月改定版）」
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001523756.pdf

コッホ現象(疑)への基本対応フロー図

別紙



対応に苦慮する場合は保健所感染症対策課・専門医療機関等に相談してください

提出先

・発生届：医療機関最寄りの保健福祉センター（保健所）

・コッホ事例報告書：対象児居住区の保健福祉センター

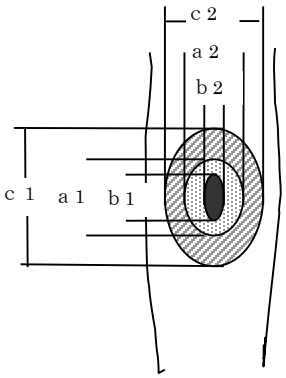
【参考：大阪府BCG接種コッホ現象対応マニュアル】

コッホgrade分類

Grade	所見
1	針痕部の発赤のみ
2	針痕部の発赤＋刺入部周辺の健常皮膚の発赤
3	針痕部の硬結（1か所以上）
4	針痕部の化膿疹（1か所以上）
5	針痕部の浸出液漏出 or 痂皮形成（1～9か所）
6	針痕部の浸出液漏出and/or 痂皮形成（10か所以上）

ツベルクリン反応検査

注射後、48時間後に判定をする。
（やむを得ず判定できない場合は72時間後でも可）



【記載方法】

$$\frac{\text{硬結（長径b1×短径b2）}}{\text{発赤（長径　a1×短径　a 2）}}$$ 二重発赤（長径c1×短径c2）

発赤：指で圧迫したら一時消退
硬結：人差し指の腹で、発赤の内側を軽くさすって触れる皮膚のしこり
二重発赤：発赤の外側にある明るい部分

【判定基準】

BCG接種	なし	9 ㎜以下	陰性
		10㎜以上	陽性
	あり	29㎜以下	陰性
		30㎜以上	陽性

小児用肺炎球菌（PCV13）ワクチン　初回1回目

生後２～６０か月に至るまでの人

（生後７か月以降に接種を開始する場合、接種回数が変わりますので接種医とご相談ください。）

年　月　日

◎　この予防接種は委託医療機関で実施します。

0.5ml
皮下

◎　接種前後の注意事項をよく読みましょう。

◎　ください。

接種部位（左・右）上腕部

※

No.

15・20価（PCV15・20）ワクチンを接種する場合は、13価（PCV13）ワクチンの予診票を読み替えてお使いください。

筋肉内に接種した場合は、筋肉内接種である旨と接種部位について、記載してください。

15・20価（PCV15・20）ワクチンを接種する場合は、製造番号等が記載されているシールを貼付する等15・20価（PCV15・20）ワクチンを接種したことがわかるようにしていただきますようお願いいたします。

小児用肺炎球菌（PCV13）ワクチン予防接種　予診票　初回１回目

◎　接種当日に該当項目に記入、もしくは○で囲んでください。（※印は記入しないでください。）

No.

住所	大阪市　　区		
受ける人の	フリガナ		
	氏名		氏名
	生年月日	年　月　日生　歳　か月	月　日
受ける人の生まれた時	体重	分	
	グラム	異常なし　・　異常あり	

●今までに小児用肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか

●接種したことがある場合、１回目を接種したときの年齢は何歳

医師の確認欄

質　問　事　項

1. 今日、お子さんは身体のぐあいの悪いところがありますか。　はい・いいえ
   それはどんな状態ですか。（　　）
2. 最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。
   病名
3. 生まれてから今までにけいれんを起こしたことがありますか。
   その
4. ひきつけ
5. くすり
6. 今
7. 4週間
8. 4週間以内に家族や遊び友だちに麻しん（はしか）・風しん・水痘（みずぼうそう）・おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。　はい・いいえ
9. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。　はい・いいえ
   受けた予防接種の種類（　　）
   それはどんな状態でしたか。（　　）
10. 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなった人がいますか。　はい・いいえ
11. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。　はい・いいえ
12. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。　はい・いいえ
13. その他お子さんのことや、今日の予防接種について何か質問がありますか。　はい・いいえ
    具体的に（　　）

○読み替えて使用する予診票
　小児用肺炎球菌（PCV15・20）ワクチンは、小児用肺炎球菌（PCV13）ワクチンの予診票を使用
○接種方法
　従来の皮下ではなく、筋肉内に接種した場合は、接種方法と部位について、予診票の「上部」及び「下部」に記載してください。
○その他
　製造番号等が記載されているシールを貼付する等、読み替えて使用したことがわかるように運用ください。

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

※ 体温測定　　度　　分

以　見合わせたほうがよい）と判断します。　医師署名又は記名押印

保　制度について説明をしました。

14.　の可能性、

予防接種健　制度などについて理解した上で、接種することに

（　同意します　　ません　）※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

15・20価（PCV15・20）ワクチンを接種する場合は、製造番号等が記載されているシールを貼付する等15・20価（PCV15・20）ワクチンを接種したことがわかるようにしていただきますようお願いいたします。

筋肉内に接種した場合は、筋肉内接種である旨と接種部位について、記載してください。

※　使用ワクチン名
※　Lot No.
※　最終有効年月日　　※　接種部位（左・右）上腕部　　接種医師名

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。

ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎（ポリオ）混合[DPT-IPV]

生後２～９０か月に至るまでの人　1期初回1回目

年　月　日

◎　この予防接種は委託医療機関で実施します。

0.5ml
皮下

◎　接種前後の注意事項をよく読みましょう。

◎　初回2回目を受けましょう。

接種部位（左・右）上腕部

◎

※

No.

5種混合（DPT-IPV-Hib）ワクチンを接種する場合は、4種混合（DPT-IPV）ワクチンの予診票を読み替えてお使いください。

筋肉内に接種した場合は、筋肉内接種である旨と接種部位について、記載してください。

5種混合（DPT-IPV-Hib）ワクチンを接種する場合は、製造番号等が記載されているシールを貼付する等5種混合（DPT-IPV-Hib）ワクチンを接種したことがわかるようにしていただきますようお願いいたします。

ジフテリア・百日せき・破傷風・急性灰白髄炎（ポリオ）混合[ＤＰＴ－ＩＰＶ]ワ　予防接種　予診票　１　初回１回目

◎　接種当日に該当項目に記入、もしくは○で囲んでください。（※印は記入しな　ください。）

No.

住所	大阪市　　区		
受ける人の	フリガナ		
	氏名		氏名
	生年月日	年　月　日生　歳　か月	日
受ける人の生まれた時	体重	分	
	グラム	異常なし　・　異常あり（	

質　問　事　項

1. 今日、お子さんは身体のぐあいの悪いところがありますか。
   それはどんな状態ですか。（　　）
2. 最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。　はい・いいえ
   病名
3. 生
   の
   その
4. ひ
5. く
   す
6. 今
7. 4週
8. 4週間以内に家族や遊び友だちに麻しん（はしか）・風しん・水痘（みずぼうそう）・おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。
9. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。　はい・いいえ
   受けた予防接種の種類（　　）
   それはどんな状態でしたか。（　　）
10. 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなった人がいますか。　はい・いいえ
11. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。　はい・いいえ
12. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。　はい・いいえ
13. その他お子さんのことや、今日の予防接種について何か質問がありますか。　はい・いいえ
    具体的に（　　）

○読み替えて使用する予診票
　5種混合（DPT-IPV-Hib）ワクチンは、4種混合（DPT-IPV）ワクチンの予診票を使用
○接種方法
　従来の皮下ではなく、筋肉内に接種した場合は、接種方法と部位について、予診票の「上部」及び「下部」に記載してください。
○その他
　製造番号等が記載されているシールを貼付する等、読み替えて使用したことがわかるように運用ください。
　また、予防接種手帳に編綴されているヒブワクチンの予診票については切り取っていただき、上部（予防接種済証）の余白に「5種混合ワクチン接種済み」と記載する等誤ってヒブワクチンを接種しないようにお取り計らいください。

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

※ 体温測定　　度　　分

以　見合わせたほうがよい）と判断します。　医師署名又は記名押印

保　制度について説明をしました。

14.　の可能性、

（　同意しま　　ん　）※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

5種混合（DPT-IPV-Hib）ワクチンを接種する場合は、製造番号等が記載されているシールを貼付する等5種混合（DPT-IPV-Hib）ワクチンを接種したことがわかるようにしていただきますようお願いいたします。

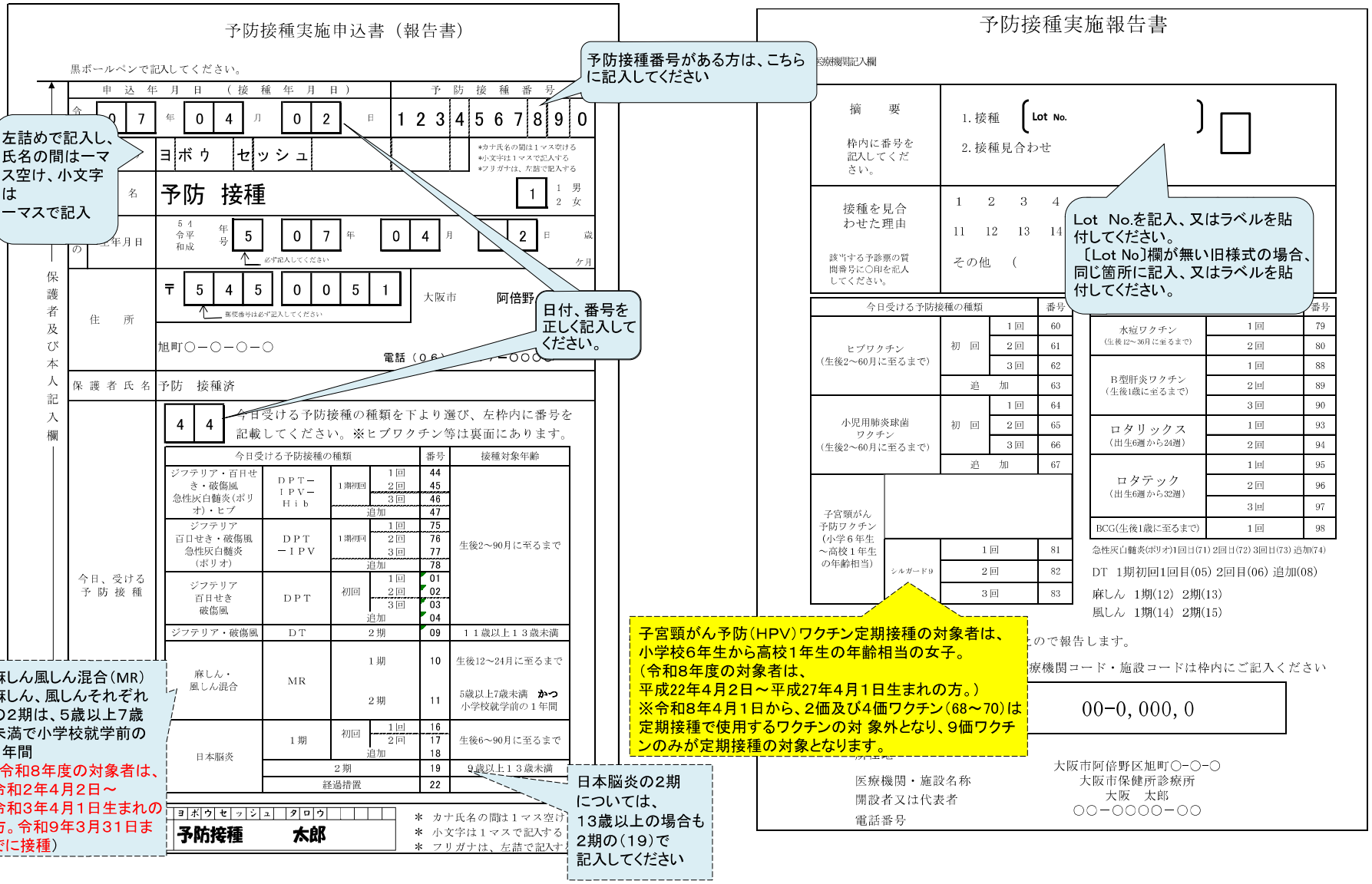
筋肉内に接種した場合は、筋肉内接種である旨と接種部位について、記載してください。

※　使用ワクチン名
※　Lot No.
※　最終有効年月日　　※　接種部位（左・右）上腕部　　接種医師名

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。

様式１

予防接種実施申込書（報告書）様式



予防接種番号がある方は、こちらに記入してください

左詰めで記入し、氏名の間は一マス空け、小文字は一マスで記入

日付、番号を正しく記入してください。

麻しん風しん混合（MR）麻しん、風しんそれぞれの2期は、5歳以上7歳未満で小学校就学前の1年間（令和8年度の対象者は、令和2年4月2日～令和3年4月1日生まれの方。令和9年3月31日までに接種）

日本脳炎の2期については、13歳以上の場合も2期の（19）で記入してください

Lot No.を記入、又はラベルを貼付してください。〔Lot No〕欄が無い旧様式の場合、同じ箇所に記入、又はラベルを貼付してください。

子宮頸がん予防（HPV）ワクチン定期接種の対象者は、小学校6年生から高校1年生の年齢相当の女子。（令和8年度の対象者は、平成22年4月2日～平成27年4月1日生まれの方。）※令和8年4月1日から、2価及び4価ワクチン（68～70）は定期接種で使用するワクチンの対 象外となり、9価ワクチンのみが定期接種の対象となります。

●「フリガナ」は、左詰めで記入し、氏名の間は1マス空けて、小文字は1マスで記入してください。間違いや漏れのないよう、正確に記入してください。
●予防接種番号は、「『定期の予防接種』のご案内」 や「母子健康手帳」、「予防接種手帳」で確認できる場合に記入してください。
（予防接種番号は、出生（転入）月の翌月末頃に 保護者あてに送付する「『予防接種番号』のご案内」でお知らせします。
あわせて、母子健康手帳や予防接種手帳にはさみ込み、分かりやすい所に予防接種番号を転記するよう説明しています）
●平成25年4月以降に生まれた方から「予防接種番号」を付番します。（3月までに生まれた方については、予防接種番号はありません。）
●予防接種番号が無い場合や、不明の場合は空欄としてください。（医療機関等から、保健所や区の保健福祉センターにお電話等でご照会いただいてもお答えできません。）
●旧様式で、〔Lot No〕欄が無いものでも、記入例と同じ箇所に手書きで記入するか、ラベルを貼付して使用してください。

様式2

様式３

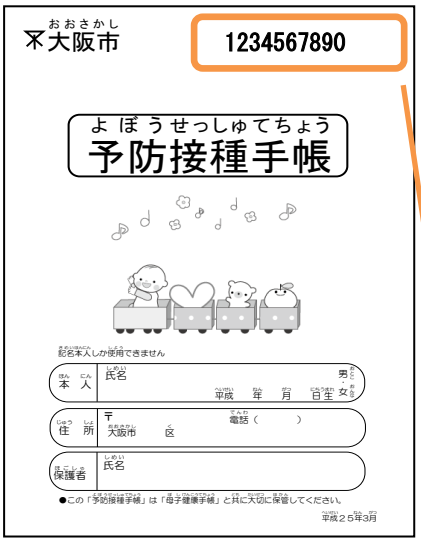
【郵便番号】
【住所】

【こどもの名前】
保護者　様

予防接種番号：

0000000000

「予防接種番号」のご案内



予防接種番号はこの案内の右上部に記載されている 10 桁の番号で、委託医療機関で予防接種を受ける際に必要書類に記載していただく番号です。（※裏面参照）
失くさないよう母子健康手帳や予防接種手帳にこの用紙をはさみ込み、分かりやすい所に予防接種番号を転記してください。

「予防接種番号」を番号欄に転記してください。

予防接種の受け方

○委託医療機関に電話等で予約をしてから、「母子健康手帳」と予防接種手帳に付属の「予診票」等を持参して予防接種を受けてください。

委託医療機関の検索はこちら→

○予防接種を受ける前に、母子健康手帳と一緒にお渡ししている「予防接種手帳」をよくお読みください。紛失された場合はお住まいの区の保健福祉センターあてお問い合わせください。

○定期予防接種は種類により対象期間や接種間隔等が決められています。早いものは生後２か月頃から接種可能です。打ち忘れのないよう計画的に始めましょう。

○接種対象年齢以外での接種は定期予防接種と認められません。その場合は任意接種となり、接種費用の助成や健康被害救済制度の対象にはなりませんのでご注意ください。

様式４

（別紙様式１）

報告先：（独）医薬品医療機器総合機構
電子報告：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html
FAX番号（各種ワクチン共通）：0120－176－146

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別	□定期接種・臨時接種　□任意接種						
患者（被接種者）	氏名又はイニシャル（姓・名）	フリガナ （定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載）	性別	１ 男　２ 女	接種時年齢	歳　月	
	住所	都道府県　区市町村	生年月日	T H S R　年　月　日生			
報告者	氏名	１ 接種者（医師）　２ 接種者（医師以外）　３ 主治医　４ その他（　）					
	医療機関名		電話番号				
	住所						
接種場所	医療機関名						
	住所						

ワクチン	ワクチンの種類（②～④は、同時接種したものを記載）	ロット番号	製造販売業者名	接種回数
	①			① 第　期（　回目）
	②			② 第　期（　回目）
	③			③ 第　期（　回目）
	④			④ 第　期（　回目）

接種の状況				
	接種日	平成・令和　年　月　日　午前・午後　時　分	出生体重	グラム（患者が乳幼児の場合に記載）
	接種前の体温	度　分	家族歴	
	予診票での留意点（基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等） １ 有 →（　） ２ 無			

症状の概要				
	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレ症候群、血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。		
		報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合（症状名：　）		
	発生日時	平成・令和　年　月　日　午前・午後　時　分		
	本剤との因果関係	１ 関連あり　２ 関連なし　３ 評価不能	他要因（他の疾患等）の可能性の有無	１ 有 →（　） ２ 無
	概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）			
	○製造販売業者への情報提供 ： １ 有　２ 無			

症状の程度		
１ 重い →	１ 死亡　２ 障害　３ 死亡につながるおそれ　４ 障害につながるおそれ	
	５ 入院（病院名：　医師名： 平成・令和　年　月　日 入院 ／ 平成・令和　年　月　日 退院）	
	６ 上記1～5に準じて重い　７ 後世代における先天性の疾病又は異常	
２ 重くない		

症状の転帰						
転帰日	平成・令和　年　月　日					
１ 回復	２ 軽快	３ 未回復	４ 後遺症（症状：　）	５ 死亡	６ 不明	

報告者意見	
報告回数	１ 第1報　２ 第2報　３ 第3報以後

様式４

（別紙様式1）

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

（別紙様式１）

＜注意事項＞

1. 報告に当たっては、記入要領を参考に、記入してください。
2. 必要に応じて、適宜、予診票等、接種時の状況の分かるものを添付してください。
3. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症状名を記載してください。
4. 報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」の欄に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」の欄に記載してください。
5. 報告基準にある算用数字を付している症状については、「その他の反応」を除き、それぞれ定められている時間までに発症した場合は、因果関係の有無を問わず、国に報告することが予防接種法等で義務付けられています。
6. 報告基準中の「その他の反応」については、①入院、②死亡又は永続的な機能不全に陥る又は陥るおそれがある場合であって、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した症状で該当するものがある場合には、〇で囲んでください。
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、〇で囲んでください。
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。
・広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状を呈する患者を診察した際には、ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあっては、接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあっては、接種後に広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（キャッチアップ接種を含む。）にあっては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。

15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状（遅発性の症状又は遷延する症状を含む。）についても必要に応じて報告を検討してください。
けいれん（ただし、熱性けいれんを除く。）、ギラン・バレ症候群、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射（失神を伴うもの）
また、血栓症（TTS（血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。））、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症（TTS）調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。
なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム（報告受付サイト）による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。
URL：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。
FAX番号：0120-176-146（各種ワクチン共通）

様式５

大阪市ホームページの「大阪市委託医療機関向け予防接種情報」には、自動計算に対応したExcel版の「個別予防接種請求書」を掲載しています。必要に応じてダウンロードのうえ、ご利用ください。

予防接種の接種日が**令和８年４月１日以降**の請求様式

令和　　年　　月分　　個別予防接種請求書

請求金額　金　　円

		ワクチンの種類		接種料	件数	小計件数	小計金額	見合せ料	見合せ件数	見合せ小計
A類	44	5種混合 DPT-IPV-Hib	１期初回１回目	19,833円	件	件	円	3,498円	件	円
	45		１期初回２回目		件					
	46		１期初回３回目		件					
	47		１期追加		件					
	09	ＤＴ	２期	6,391円	件		円	3,421円	件	円
	10	ＭＲ	１期	12,606円	件		円	5,676円	件	円
	11		２期	10,351円	件		円	3,421円	件	円
	16	日本脳炎	１期初回１回目	7,495円	件	件	円	3,509円	件	円
	17		１期初回２回目		件					
	18		１期追加		件					
	19		２期	7,271円	件	件	円	3,421円	件	円
	22	日本脳炎 経過措置	１期初回１回目	6,806円	件	件	円	2,819円	件	円
	22		１期初回２回目		件					
	22		１期追加		件					
	64	小児用肺炎球菌	初回１回目	12,551円	件	件	円	2,945円	件	円
	65		初回２回目		件					
	66		初回３回目		件					
	67		追加		件					
	81	子宮頸がん予防 ９価	１回目	29,656円	件	件	円	2,218円	件	円
	82		２回目		件					
	83		３回目		件					
	79	水痘	１回目	10,901円	件	件	円	5,676円	件	円
	80		２回目		件					
	88	Ｂ型肝炎	１回目	8,129円	件	件	円	5,199円	件	円
	89		２回目		件					
	90		３回目		件					
	93	ロタウイルス （ロタリックス）	１回目	15,301円	件	件	円	4,191円	件	円
	94		２回目		件					
	95	ロタウイルス （ロタテック）	１回目	10,274円	件	件	円	4,191円	件	円
	96		２回目		件					
	97		３回目		件					
	98	ＢＣＧ		11,781円	件		円	4,191円	件	円
	23	ＲＳウイルス		30,096円	件		円	3,366円	件	円

以下のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

（注意）

・枠内にはっきりご記入ください。

・予防接種申込書（報告書）を添付してください

医療機関番号

施設番号

郵便番号 〒　　－

所在地

医療機関・施設名称

開設者又は代表者

電話番号　　－　　－

ワクチンの種類				接種料	件数	小計件数	小計金額	見合せ料	見合せ件数	見合せ小計
A類	60	ヒブ	初回１回目	9,572円	件	件	円	2,945円	件	円
	61		初回２回目		件					
	62		初回３回目		件					
	63		追加		件					
	01	3種混合 DPT ワクチン	１期初回１回目	9,261円	件	件	円	3,498円	件	円
	02		１期初回２回目		件					
	03		１期初回３回目		件					
	04		１期追加		件					
	71	不活化ポリオ	１期初回１回目	9,921円	件	件	円	3,498円	件	円
	72		１期初回２回目		件					
	73		１期初回３回目		件					
	74		１期追加		件					
	12	麻しん	１期	9,064円	件		円	5,676円	件	円
	13		２期	7,634円	件		円	4,246円	件	円
	14	風しん	１期	9,064円	件		円	5,676円	件	円
	15		２期	7,634円	件		円	4,246円	件	円
B類	20	インフルエンザ	自己負担あり	3,626円	件		円	3,201円	件	円
	20		自己負担なし	5,126円	件		円			
	21	新型コロナウイルス	自己負担あり	7,906円	件		円	3,366円	件	円
	21		自己負担なし	15,906円	件		円			
	30	高齢者用肺炎球菌	自己負担あり	5,726円	件		円	3,366円	件	円
	30		自己負担なし	11,726円	件		円			
	31	帯状疱疹 （生ワクチン）	自己負担あり	4,256円	件		円	3,366円	件	円
	31		自己負担なし	8,756円	件		円			
	32	帯状疱疹 （組換えワクチン） １回目	１回目 自己負担あり	10,956円	件		円	3,366円	件	円
	32		１回目 自己負担なし	21,956円	件		円			
	33	帯状疱疹 （組換えワクチン） ２回目	２回目 自己負担あり	10,956円	件		円	3,366円	件	円
	33		２回目 自己負担なし	21,956円	件		円			

【大阪市　外国人住民向け予診票（参考様式）】

大阪市予防接種委託医療機関の皆様

外国人住民の方が、この予診票を持参された場合は、次の点に留意のうえ、接種いただいても差し支えありません。

・接種前に、大阪市予防接種手帳等に編綴された大阪市指定の予診票を所持していることを必ず確認ください。（所持していない場合は接種できません）

・接種後は、大阪市予防接種手帳等から該当する大阪市指定の予診票を必ず切り取り、本票とともに委託医療機関にて保管してください。
また、大阪市指定の予診票の副票、母子健康手帳双方に接種記録を記載し、被接種者にお渡しください。

Vaccine Screening Questionnaire for [　　] (infant/schoolchild)

		Body temperature before interview		Degrees
Address				
Child's Name		M F	Birth date	Born on / / (d/m/y) Age (years months)
Parent/Guardian's Name				

	Questionnaire for Vaccination	Answer		Doctor's comment
1	Have you read the document (sent to you previously by the municipal office) explaining the vaccination that will be administered today?	Yes	No	
2	Please answer the following questions about the child. Birth Weight　Did the child have any abnormal findings at delivery? ( ) g　Did the child have any abnormal findings after birth? Was any abnormality identified at an infant health check?	Yes Yes Yes	No No No	
3	Is the child sick today? If so, describe the nature of the illness. ( )	Yes	No	
4	Has the child been ill in the past month? Disease name ( )	Yes	No	
5	Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? Disease name ( )	Yes	No	
6	Has the child been exposed to anyone with tuberculosis (including family members)?	Yes	No	
7	Has the child been vaccinated in the past month? Vaccine name ( )	Yes	No	
8	Does the child have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? Disease name ( )	Yes	No	
	Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination?	Yes	No	
9	Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at what age did it occur? ( )	Yes	No	
	If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time?	Yes	No	
10	Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications?	Yes	No	
11	Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency?	Yes	No	
12	Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? Vaccine name ( )	Yes	No	
13	Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	Yes	No	
14	Has the child received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called gamma globulin in the past 6 months?	Yes	No	
15	Do you have any questions about today's vaccination?	Yes	No	
16	Doctor's comment Based on the above answers and the results of interview, I have decided that the child (can / should not) receive a vaccination today. I have explained to the parent/guardian the information concerning the benefits and side effects of vaccination and the support provided to people who have had adverse events associated with vaccination. Signature or Name and Seal of Doctor:			
17	This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccination. The child has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of vaccination has been explained to me by the doctor, as has the nature of support provided if adverse events occur. I believe that I understand this information. I (do / do not)* give consent for the child to be vaccinated. * Please circle your choice. I understand the above and agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office. Signature of Parent / Guardian:			

Vaccine Name	Dosage	Institution / Doctor Name / Date Administered
Vaccine Name Lot Number [Caution] Confirm that the expiration date of the vaccine is valid.	* Vaccination method mL	Institution: Doctor Name: Date Administered: / / (d/m/y)

[　　]予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）

		診察前の体温		度　分
住　所				
受ける人の氏名		男 女	生年月日	平成・令和　年　月　日 （満　歳　カ月）
保護者の氏名				

	質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（　　）g　分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
4	最近１カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
5	１カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか（病名　　）	はい	いいえ	
6	生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
7	１カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
8	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか　病名（　　）	はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
9	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　）歳頃	はい	いいえ	
	そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
10	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
11	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（　　）	ある	ない	
13	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
14	６カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
15	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
16	医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　実施できる・見合わせた方がよい　）と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印			
17	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに　（　同意します・同意しません　）※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署			

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	※接種方法 ml	実施場所　医師名 接種年月日　令和　年　月　日

様式６