# 大阪市ＲＳウイルス

# 予防接種実施の手引き（A 類疾病）

## 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、ＲＳウイルス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

＜主な注意点＞

●**「１０　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。」**

●現行の予防接種実施申込書（報告書）の「今日受ける予防接種の種類」には、ＲＳウイルスワクチンの記載がありません（今後改定）。
ＲＳウイルスワクチンを接種した場合は、「２３」とご記入ください。

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＞

## ＲＳウイルス予防接種実施の手引き（A 類疾病）


１　目的・・・

# ＲＳウイルス予防接種実施の手引き（A類疾病）

## 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　対象者

（１）接種時点で、妊娠28週０日から36週６日までの妊婦の方

（２）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）を接種したことのある方も対象です。

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、対象者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。

## 3　実施期間及び接種回数

（１）実施期間

妊娠28週０日から36週６日まで

（２）接種回数

妊娠ごとに１回

## 4　接種するワクチンの種類及び接種量

（１）接種するワクチンの種類

組換えＲＳウイルスワクチン（ファイザー社のアブリスボ）

なお、組換えＲＳウイルスワクチンのうち、GSK 社のアレックスビーは高齢者用のため用いることはできません。

（２）接種量

１回0.5mLを筋肉内に接種

## 5　接種場所

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。

## 6　申し込みについて

接種はできるだけ予約制とし、事前に接種歴及び妊娠週数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、今回の妊娠中に交付された母子健康手帳（以下、「母子健康手帳」と省略します。）、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、接種当日は被接種者（※）に、「予防接種予診票」（様式１）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、母子健康手帳やカルテと照合するなど、内容に誤りがないか確認してください。

※１３歳以上の未成年者の保護者の同伴要件については別記参照。（９ページ）

## 7　「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、接種履歴をシステム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載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（被接種者記入欄）

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。

**ＲＳワクチンを接種する場合は、「今日、受ける予防接種」欄へ「２３」と記入してください。(現行の予防接種実施申込書の「今日受ける予防接種の種類」には、ＲＳウイルスワクチンの記載がありませんのでご注意ください)**

**※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。**

（２）「フリガナ」欄（被接種者記入欄）

**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（被接種者記入欄）

**ＲＳワクチンを接種する場合は、「予防接種番号」欄への記入は不要です。**

（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。

## 8　接種にあたって

（１）接種対象者の妊娠週数等の確認

予約又は受付時において、接種対象者の妊娠週数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。

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　予診の実施方法について、「大阪市の実施する予防接種の予診について」（８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いただき、接種を受けることが不適当な者又は注意を要する者に該当するかどうか調べてください。

（例１）予診票の質問事項１「今回の妊娠中に、ＲＳウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。」の回答欄に「はい」と答えた方は定期接種の対象外です。

（例２）予診票の質問事項 13「今日は妊娠 28 週 0 日目から 36 週 6 日目までの間であり、出産予定日は今日から 15 日以上過ぎた日ですか。」の回答欄に「妊娠週数（27 週６日目以前、又は 37 週０日目以降）」と答えた方は定期接種の対象外です。

イ　接種を受けることに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、接種を希望する意思を確認してください。

（例１）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

（例２）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

ウ　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、接種が不適当な者と判断される場合は、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。

（例１）明らかな発熱を呈している者。

（例２）重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者。

（例３）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。

エ　診察所見等を「予防接種予診票」（様式２）の〔医師の記入欄〕に記入し、予診の結果を被接種者に説明してください。接種が可能である場合は、接種後の通常起こり得る反応及びまれに生じる重い副反応、並びに予防接種健康被害救済制度※2について被接種者に十分に説明してください。被接種者がその内容を理解した上で、接種を受ける法律上の義務が無いにもかかわらず自らの意思で接種を希望することを署名によりご確認いただいてから接種してください。被接種者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認をすることとし、接種希望であることが確認できた場合に接種を行ってください。被接種者の意思確認が最終的にできない場合は、予防接種法に基づいた接種を行うことはできません。

ただし、１３歳以上の未成年者については取扱いが一部異なります。（９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。接種を受けたご本人及び出産した児が対象となります。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、対象者居住区の保健福祉センターになります。

オ　万一、副反応が発生した場合に備え、使用ワクチン名、ロット番号、最終有効年月日、接種部位、実施場所、接種医師名、接種方法（筋肉内）を予診票に記入してください。

（３）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、手指を消毒すること。

イ　筋肉内注射用の注射針に交換すること。
　なお、調製に用いた注射針は筋肉内注射に用いないこと。

ウ　シリンジに抜き取った溶液は全量（0.5mL）接種すること。

エ　調製後はすぐに使用すること。すぐに使用できない場合は、15～30℃で保存し、調製後４時間以内に使用する。調製後の液は凍結しないこと。

オ　使用前に粒子状物質や色調の変化がないことを目視で確認し、異常が認められた場合には使用しないこと。調製後の液は無色澄明である。

カ　本剤を他のワクチンと混合して接種しないこと。

キ　原則、上腕三角筋に筋肉内注射すること。静脈内、皮内、皮下への注射は行わないこと。

ク　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。
（１）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。
（２）神経走行部位を避けること。
（３）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、部位を変えて注射すること。

ケ　接種用具等の消毒は、適切に行うこと。

（５）接種後の注意

被接種者（および必要に応じてその保護者）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。

（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、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・筋肉内注射である旨と接種部位・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。

また、多胎妊娠（双子以上）の場合は、交付されている胎児の人数分の母子健康手帳に、それぞれ接種記録を記入してください。

母子健康手帳の様式は、ＲＳウイルスワクチンの接種記録ができるように、様式の改正が予定されています。当面の間は、ＲＳウイルスワクチンを接種した際は、母子健康手帳の任意事項様式「その他の予防接種」の欄に記録してください。

## ９　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。

## １０　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）もしくは、国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した「予防接種後副反応疑い報告書」（様式４）により速やかに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）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
https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html

（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。

## １１　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。）

〒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）

なお、「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。記入漏れがある場合はお支払いができませんので、別紙（様式２）をご参照のうえ、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。

## １２　接種委託料の支払い

接種委託料は、ご提出いただいた「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お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」

## １３　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）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。被接種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。

被接種者の理解、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被接種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）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。

### （３）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。

### （４）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。いずれの場合も被接種者に対し、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。

### （５）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。

### （６）妊婦健診での健康上の注意

妊婦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。

### （７）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。

（8）予防接種の効果や副反応等についての事前確認

被接種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「説明書」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。

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。

（9）妊娠週数及び出産予定日について

接種する医師が母子健康手帳等の情報を元に、接種時点において妊娠 28 週 0 日目から 36 週 6 日目までの間にあると判断した方は定期接種の対象となる。

接種後に妊娠週数が変化する等の事情があったとしても、接種する医師が接種時点において妊娠 28 週 0 日目から 36 週 6 日目までの間にあると判断した場合には、定期接種として取り扱うことに差し支えない。

なお、接種後 14 日以内に出生した乳児における有効性は確立していないことから、妊娠 38 週６日目までの間に妊娠終了を予定している場合、その 14 日前までに接種を完了させることが望ましい。このため、妊娠 38 週６日目までの間に妊娠終了を予定し、その 14 日前以降に接種を行う場合、上記について十分に説明を行い、被接種者の同意を得たうえで接種する。

(10) 妊娠高血圧症候群について

妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと医師が判断する者については、予防接種の実施計画における「予防接種の判断を行うに際して注意を要する者」として、接種に際して留意する。

## 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、被接種者に説明する。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　被接種者のサイン

医師の診断により接種可の場合、被接種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。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、被接種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）　ＲＳウイルス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）　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）　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、今までに妊娠高血圧症候群と診断された者
（２）　血小板減少症や凝固障がいのある方、抗凝固療法を実施されている者
（３）　心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患がある者
（４）　過去に予防接種で接種後２日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた者
（５）　接種ワクチン成分に対してアレルギーをおこすおそれがある者
（６）　過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある者
（７）　過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方、近親者に先天性免疫不全症の者がいる者

## 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

### 【対象年齢及び保護者の同意・同伴について】

１６歳以上の者に予防接種を実施する場合は、保護者の同意及び同伴がなくても、被接種者本人の自署（予診票の問診欄１か所）により接種を実施することができます。

一方、１３歳以上１６歳未満の者（※）に予防接種を行う場合は、保護者が予診票の記載事項を事前に読み、内容を理解・同意したうえで接種を希望していると確認できれば、保護者の同伴がなくても本人は接種を受けることができます。

| | １３歳～１５歳 | １６歳～１７歳 | １８歳以上 |
|---|---|---|---|
| 保護者の同意・同伴 | 必要（※） | 不要 | 不要 |

１３歳以上１６歳未満の者（※）に予防接種を行う場合として、次の２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。

**【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。

## 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、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**

| | 間違い接種例 | 正しい接種方法 |
|---|---|---|
| 部位 | 上腕伸側に接種 | 上腕三角筋に接種 |
| 期間外 | 27 週 6 日以前又は 37 週 0 日以降に接種 | 妊娠 28 週 0 日から 36 週 6 日に接種 |
| 回数 | 今回の妊娠中に２回接種 | 妊娠ごとに１回 |

**○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 |
|---|---|
| 接種作業の分業化による確認の省略<br>(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<br>（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など | マニュアル化、情報共有及び研修を実施<br>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。
☐ 予診票の記載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。
☐ 被接種者（又は保護者）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載する。
☐ 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

様式１

# ＲＳウイルス感染症

妊娠28週から37週に至るまでの方（妊娠28週0日から妊娠36週6日まで）

年　月　日
0.5ml
筋肉内
接種部位（左・右）上腕部

◎　この予防接種は委託医療機関で実施します。
◎　接種前後の注意事項をよく読みましょう。
◎　この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。
※　予防接種を見合わせた理由〔　　〕

No.＿＿＿＿

---

## ＲＳウイルスワクチン予防接種　　予診票

◎　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 | 電話（　　） |
| 受ける人の | フリガナ | |
| | 氏　名 | |
| | 生年月日 | 年　月　日生　（満　歳） |

年　月　日
0.5ml
筋肉内

医師の確認欄

### 質　問　事　項

1. 今回の妊娠中に、RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。　**はい**・いいえ　□
（今回の妊娠期間中に接種歴がある方は接種できません。）
2. 今日受けるRSウイルス感染症予防接種についての説明書を読みましたか。　はい・**いいえ**　□
3. 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。　はい・**いいえ**　□
4. 今日、身体に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。（　　）
5. その他、最近１か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。　**はい**・いいえ　□
病名（　　）時期（　　）
6. 現在、何か病気にかかっていますか。　病名（　　）　**はい**・いいえ　□
治療（投薬など）を受けていますか。　**はい**・いいえ　□
その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。　はい・**いいえ**　□
7. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。　**はい**・いいえ　□
病名（　　）
その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。　はい・**いいえ**　□
8. 免疫不全と診断されたことがありますか。　**はい**・いいえ　□
9. 薬や食品で皮ふに発疹やじんましんがでたり、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　□
10. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。　**はい**・いいえ　□
11. 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。（　　）
12. １か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類（　　）　**はい**・いいえ　□
13. 今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか　はい・**いいえ**　□
妊娠週数（　　週　　日目）　出産予定日（　　年　　月　　日）
14. 今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いといわれたことはありますか。　**はい**・いいえ　□
15. 妊婦健診を受けた際に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるようにいわれましたか。　**はい**・いいえ　□
16. その他、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（　　）

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

※ 体温測定　　度　　分

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は( 実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師署名
又は
記名押印

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。

**被接種者自署**
（フルネームで記入）
（自署できない場合は代筆者、16歳未満の場合は保護者が自署し、被接種者との続柄を記載）

**※　使用ワクチン名**
**※　Lot No.**　　**※　接種方法（筋肉内注射）**
**※　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。

# 予防接種実施申込書（報告書）

黒ボールペンで記入してください。

保護者及び本人記入欄

| 申込年月日（接種年月日） | | 予防接種番号 |
|---|---|---|
| 令和 □□年 □□月 □□日 | | |
| 接種を受ける方の フリガナ | *カナ氏名の間は１マス空ける *小文字は１マスで記入する *フリガナは、左詰で記入す | |
| 氏名 | □ 1 男 2 女 | |
| 生年月日 | 5 4 3 令平昭和成和 年号 □ □□年 □□月 □□日 □□歳 □ヶ月 （必ず記入してください） | |
| 住所 | 〒□□□-□□□□ 大阪市 区 （郵便番号は必ず記入してください） 電話（ ） - | |
| 保護者氏名 | | |
| 今日、受ける予防接種 | 2 3 今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。 | |

| 今日受ける予防接種の種類 | | 番号 | 接種対象者 |
|---|---|---|---|
| ＲＳウイルス | 妊娠ごとに１回 | 23 | 妊娠28週０日から36週６日までの妊婦 |

（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 | | | | | | | | | | | | | | | |

＊ カナ氏名の間は１マス空ける
＊ 小文字は１マスで記入する
＊ フリガナは、左詰で記入する



# 予防接種実施報告書

医療機関記入欄

| 摘要 | 1. 接種（Lot No. ） □ |
|---|---|
| 枠内に番号を記入してください。 | 2. 接種見合わせ |
| 接種を見合わせた理由 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| 該当する予診票の質問番号に○印を記入してください。 | その他 （ ） |

| 今日受ける予防接種の種類 | 番号 |
|---|---|
| | |

| 今日受ける予防接種の種類 | 番号 |
|---|---|
| | |

予防接種法に基づく予防接種を行ったので報告します。

（請求者） 記載してください。

医療機関コード
又は施設コード

所在地

医療機関・施設名称
開設者又は代表者
電話番号

様式２

# 予防接種実施申込書(報告書) 様式



予防接種実施申込書（報告書）

黒ボールペンで記入してください。

予防接種番号の記入は不要です。

左詰めで記入し、氏名の間は一マス空け、小文は一マスで記入してください

日付、番号を正しく記入してください。

申込年月日（接種年月日）：令和 07年 04月 02日　予防接種番号：1234567890

フリガナ：ヨボウ　セッシュ

氏名：予防　接種　　1 男 2 女

生年月日：54 令和 平成 年号 5　07年 04月 02日　歳

必ず記入してください

住所：〒 545 0051　大阪市　阿倍野区

郵便番号は必ず記入してください

旭町〇－〇－〇－〇　電話（06）6647－〇〇〇〇

保護者氏名：予防　接種済

保護者及び本人記入欄

今日、受ける予防接種：23

今日受ける予防接種の種類を下より選び、左枠内に番号を記載してください。※ヒブワクチン等は裏面にあります。

RSワクチンを接種した場合は、「今日、受ける予防接種」欄へ「23」と記入してください。

| 今日受ける予防接種の種類 | | | | 番号 | 接種対象年齢 |
|---|---|---|---|---|---|
| ジフテリア・破傷風 | DT | 追加 | | 78 | |
| ジフテリア 百日せき 破傷風 | DPT | 初回 | 1回 | 01 | 生後2～90月に至るまで |
| | | | 2回 | 02 | |
| | | | 3回 | 03 | |
| | | 追加 | | 04 | |
| ジフテリア・破傷風 | DT | 2期 | | 09 | 11歳以上13歳未満 |
| 麻しん・風しん混合 | MR | 1期 | | 10 | 生後12～24月に至るまで |
| | | 2期 | | 11 | 5歳以上7歳未満 かつ 小学校就学前の1年間 |
| 日本脳炎 | 1期 | 初回 | 1回 | 16 | 生後6～90月に至るまで |
| | | | 2回 | 17 | |
| | | 追加 | | 18 | |
| | 2期 | | | 19 | 9歳以上13歳未満 |
| | 経過措置 | | | 22 | |

（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 | | | | | | | | | | | | | | | |

＊ カナ氏名の間は1マス空ける
＊ 小文字は1マスで記入する
＊ フリガナは、左詰で記入する

予防接種実施報告書

医療機関記入欄

摘要　枠内に番号を記入してください。

1. 接種（Lot No.　　）□
2. 接種見合わせ

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。

接種を見合わせた理由（該当する予診票の質問番号に〇印を記入してください。）

1　2　3　4
11　12　13　14
その他（　　）

| 今日受ける予防接種の種類 | | | 番号 |
|---|---|---|---|
| ヒブワクチン（生後2～60月に至るまで） | 初回 | 1回 | 60 |
| | | 2回 | 61 |
| | | 3回 | 62 |
| | 追加 | | 63 |
| 小児用肺炎球菌ワクチン（生後2～60月に至るまで） | 初回 | 1回 | 64 |
| | | 2回 | 65 |
| | | 3回 | 66 |
| | 追加 | | 67 |
| 子宮頸がん予防ワクチン（小学6年生～高校1年生の年齢相当） サーバリックス・ガーダシル | 1回 | | 68 |
| | 2回 | | 69 |
| | 3回 | | 70 |
| 子宮頸がん予防ワクチン（小学6年生～高校1年生の年齢相当） シルガード9 | 1回 | | 81 |
| | 2回 | | 82 |
| | 3回 | | 83 |

| 今日受ける予防接種の種類 | | 番号 |
|---|---|---|
| 水痘ワクチン（生後12～36月に至るまで） | 1回 | 79 |
| | 2回 | 80 |
| B型肝炎ワクチン（生後1歳に至るまで） | 1回 | 88 |
| | 2回 | 89 |
| | 3回 | 90 |
| ロタリックス（出生6週から24週） | 1回 | 93 |
| | 2回 | 94 |
| ロタテック（出生6週から32週） | 1回 | 95 |
| | 2回 | 96 |
| | 3回 | 97 |
| BCG(生後1歳に至るまで) | 1回 | 98 |

急性灰白髄炎(ポリオ)1回目(71) 2回目(72) 3回目(73) 追加(74)

DT　1期初回1回目(05) 2回目(06) 追加(08)

麻しん　1期(12)　2期(13)

風しん　1期(14)　2期(15)

予防接種法に基づく予防接種を行ったので報告します。

（請求者）　医療機関コード・施設コードは枠内にご記入ください

医療機関コード又は施設コード：00−0, 000, 0

所在地：大阪市阿倍野区旭町〇−〇−〇

医療機関・施設名称：大阪市保健所診療所

開設者又は代表者：大阪　太郎

電話番号：〇〇−〇〇〇〇−〇〇

●「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。
●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（記載例）

様式３

（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<br>（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）<br>１ 有→（　）<br>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。<br>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→（　）<br>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<br>５ 入院（病院名：　医師名：<br>平成・令和　年　月　日 入院 ／ 平成・令和　年　月　日 退院）<br>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３

（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<br>百日せき<br>急性灰白髄炎<br>破傷風<br>Hib感染症<br>（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<br><br>a　無呼吸<br>b　気管支けいれん<br>c　急性散在性脳脊髄炎（ADEM）<br>d　多発性硬化症<br>e　脳炎・脳症<br>f　脊髄炎<br>g　けいれん<br>h　ギラン・バレ症候群<br>i　視神経炎<br>j　顔面神経麻痺<br>k　末梢神経障害<br>l　知覚異常<br>m　血小板減少性紫斑病<br>n　血管炎<br>o　肝機能障害<br>p　ネフローゼ症候群<br>q　喘息発作<br>r　間質性肺炎<br>s　皮膚粘膜眼症候群<br>t　ぶどう膜炎<br>u　関節炎<br>v　蜂巣炎<br>w　血管迷走神経反射<br>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<br>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<br>（Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。）<br>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<br>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４

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<br>DPT<br>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<br>（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<br>（組換えワクチン）<br>１回目 | １回目<br>自己負担あり | 10,956円 | 件 | | 円 | 3,366円 | 件 | 円 |
| | 32 | | １回目<br>自己負担なし | 21,956円 | 件 | | 円 | | | |
| | 33 | 帯状疱疹<br>（組換えワクチン）<br>２回目 | ２回目<br>自己負担あり | 10,956円 | 件 | | 円 | 3,366円 | 件 | 円 |
| | 33 | | ２回目<br>自己負担なし | 21,956円 | 件 | | 円 | | | |