

京都市定期予防接種協力医療機関 各位

令和 7 年 4 月

京都市保健福祉局  
医療衛生推進室医療衛生企画課  
〔担当：予防接種担当〕  
電話：222-4421

### 令和7年度京都市が実施する定期の予防接種関係書類の送付等について

日頃は、本市保健衛生行政に御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
さて、本市が実施しております定期の予防接種に係る必要書類を下記のとおり送付させていただきますので、御査収のうえ、よろしくお取り計らいますようお願いいたします。

#### 記

○送付書類

- |                           |   |     |
|---------------------------|---|-----|
| 1 子どもの予防接種 京都市個別接種（定期）の手引 | … | 1部  |
| 2 京都市が実施する個別接種に係る委託単価一覧表  | … | 1部  |
| 3 予防接種受託報酬請求書             | … | 12部 |
| 4 予防接種済証                  | … | 1部  |
| 5 MRポスター                  | … | 1部  |
| 6 「予防接種と子どもの健康2025年度版」    | … | 2部  |
| 7 「予防接種ガイドライン2025年度版」     | … | 1部  |

（申請書等の送付依頼について）

申請書等の帳票について追加の配送を希望される場合は、以下ホームページから御申請いただくか、本市担当まで直接御連絡ください。

#### 本市ホームページ

【【協力医療機関の皆様へ】京都市が実施する予防接種の関連帳票の送付について - 京都市】

<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000324289.html>  
（京都市HP内の検索バーで「324289」と検索してください）



【【協力医療機関の皆様へ】京都市が実施する予防接種の関連帳票の送付について】

（裏面あり）

#### お願い

京都市ホームページ「京都市情報館」への掲載に御同意いただいた定期予防接種協力医療機関につきましては、「京都市情報館」の「予防接種に関すること」のページにワクチンごとに医療機関を掲載しています。

大変お手数ではございますが、登録漏れがないか、また、医療機関名称変更等がないか、ホームページを御確認くださいようお願い申し上げます。

登録追加、修正等がございましたら、京都市の担当者（京都府医師会加入の場合は、京都府医師会事務局地域医療1課（電話 075-354-6109））まで御連絡ください。

令和7年度  
子どもの予防接種  
京都市個別接種（定期）の手引

令和7年度

子どもの予防接種

京都市個別接種（定期）の手引

京都市

京都市（令和7年4月）

## 目 次

1	実施方法	
1	令和7年度 京都市が実施している子どもの定期予防接種のお知らせ	1
2	接種の実施	5
3	委託料の請求手続及び支払方法	10
4	副反応及び事故発生時の対応	11
5	その他	12
2	Q & A	14
3	そ の 他	
	予防接種予診票	23
	予防接種後副反応疑い報告書	25
	予防接種間違い報告書	39
	予防接種受託報酬請求書	41
	予防接種実施依頼書発行申請書	42
	予防接種実施願	43
	特別の事情による定期の予防接種対象者確認申請書	44
	特別の事情による定期の予防接種対象者確認書	47

※ この手引に記載する内容は、法令改正等により変更になることがあります。最新の情報やその他御不明な点等については、京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（13ページ参照。以下「医療衛生企画課」といいます。）までお問い合わせください。



# 1 实施方法

# 1 令和7年度 京都市が実施している子どもの定期予防接種のお知らせ

京都市では、予防接種法に基づき、次のとおり定期の予防接種を実施しています。標準的な接種年

種類		接種対象年齢 (標準的な接種年齢)	接種回数		接種間隔 (標準的な接種間隔)
ロタウイルス感染症 (※1)	ロタリックス	出生6週0日後から24週0日後まで (生後2月から出生14週6日後までの間に接種を開始)	2回		27日以上の間隔をにおいて2回
	ロタテック	出生6週0日後から32週0日後まで (生後2月から出生14週6日後までの間に接種を開始)	3回		27日以上の間隔をにおいて3回
ヒブ(Hib)感染症		生後2月から60月(5歳)に至るまで (生後2月から7月に至るまでの間に接種を開始)	接種開始が 生後2月～7月未満	初回:3回	27日(*)以上の間隔をにおいて3回 (27日(*)から56日までの間隔をにおいて3回) *医師が必要と認めるときは20日
				追加:1回	初回接種終了後7月以上の間隔をにおいて1回 (7月から13月までの間隔をにおいて1回)
			接種開始が 生後7月～12月未満	初回:2回	27日(*)以上の間隔をにおいて2回 (27日(*)から56日までの間隔をにおいて2回) *医師が必要と認めるときは20日
			追加:1回	初回接種終了後7月以上の間隔をにおいて1回 (7月から13月までの間隔をにおいて1回)	
			接種開始が 生後12月～60月未満	1回	
ジフテリア・百日せき・破傷風・急性 灰白髄炎(ポリオ)(DPT-IPV、DT 又はIPV)		生後2月から90月(7歳6月)に至るまで (生後2月から12月に至るまでの間に初回接種)	第1期初回接種	3回	20日以上の間隔をにおいて3回(20日から56日までの間隔をにおいて3回) [DT] 20日以上の間隔をにおいて2回(20日から56日までの間隔をにおいて2回) [IPV] 20日以上の間隔をにおいて3回
			第1期追加接種	1回	初回接種終了後6月以上の間隔をにおいて1回 (初回接種終了後12月から18月までの間隔をにおいて1回)
小児肺炎球菌感染症		生後2月から60月(5歳)に至るまで (生後2月から7月に至るまでの間に接種を開始)	接種開始が 生後2月～7月未満	初回:3回	(生後12月までに27日以上の間隔をにおいて3回)
				追加:1回	生後12月以降に、初回接種終了後60日以上の間隔をにおいて1回 (生後12月から15月に至るまでの間に、初回接種終了後60日以上の間隔をにおいて1回)
			接種開始が 生後7月～12月未満	初回:2回	(生後12月までに27日以上の間隔をにおいて2回)
				追加:1回	生後12月以降に、初回接種終了後60日以上の間隔をにおいて1回
			接種開始が 生後12月～24月未満	2回	60日以上の間隔をにおいて2回
		接種開始が 生後24月～60月未満	1回		
ジフテリア・百日せき・破傷風・ 不活化ポリオ・ヒブ (DPT-IPV-Hib) (※2)		生後2月から90月(7歳6月)に至るまで (生後2月から7月に至るまでの間に接種を開始)	第1期初回接種	3回	20日以上の間隔をにおいて3回 (20日から56日までの間隔をにおいて3回)
			第1期追加接種	1回	初回接種終了後6月以上の間隔をにおいて1回 (初回接種終了後から6月から18月までの間隔をにおいて1回)
ジフテリア・破傷風 (DT)		11歳以上13歳未満 (11歳時に1回接種)	第2期	1回	

接種間隔については、予防接種を受けた翌日が1日目となります。

- (※1) 2種類のワクチンのいずれかを使用し、同一のワクチンで規定回数の接種を完了することが原則です。やむを得ない事情がある場合、数パターンの互換性が認められます。(14ページ参照)
- (※2) 令和6年4月1日以降、新たに接種を開始される場合は、五種混合ワクチンでの接種が基本となります。それ以前に四種混合ワクチン及びヒブワクチンで接種を開始している場合は、原則、引き続き同一ワクチンで接種してください。

齡の期間に、余裕を持って接種されることをお勧めします。(全て通年実施、無料です。)

ワクチン(接種量)	接種方法	備考
経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1.5ミリリットル)	経口投与	(注意) ただし、初回接種は出生14週6日後までに受けることが望ましく、出生15週0日後以降となる場合、安全性の観点から接種を勧められない。(保護者に対し、安全性が確立されていないことを十分に説明したうえで、接種することの同意が得られた場合のみ接種可。)
五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(2.0ミリリットル)		
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(0.5ミリリットル)	皮下注射	(注意) ただし、初回2回目及び3回目の接種は、生後12月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わないこと。 この場合も追加接種は可能であるが、初回接種に係る最後の注射終了後、27日(医師が必要と認めた場合には20日)以上の間隔をおいて1回受けること。
(DPT-IPV)沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(0.5ミリリットル) [DT]沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド(0.5ミリリットル) [IPV]不活化ポリオワクチン(0.5ミリリットル)	皮下注射	(注意) DT又はIPVで接種する場合、接種歴、接種回数、接種間隔等を特に留意すること。 DTを第1期に接種する場合は、生後3月からとなる。
沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン又は沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン(0.5ミリリットル)	皮下注射又は筋肉内注射	(注意) ただし、初回2回目及び3回目の接種は、生後24月に至るまでに受けることとし、それを超えた場合は受けられない。 また、初回2回目の接種は生後12月に至るまでに受けることとし、それを超えた場合は、初回3回目の接種は受けられない。 (いずれも追加接種は可能) (注意) ただし、初回2回目の接種は、生後24月に至るまでに受けることとし、それを超えた場合は受けられない。(追加接種は可能)
沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン(0.5ミリリットル)	皮下注射又は筋肉内注射	
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド(0.1ミリリットル)	皮下注射	

種類	接種対象年齢 (標準的な接種年齢)	接種回数		接種間隔 (標準的な接種間隔)
B型肝炎 (※3)	生後1歳に至るまで (生後2月から9月に至るまでの間に3回接種)	3回		27日以上の間隔を置いて2回、1回目から139日以上の間隔を置いて1回
結核 (BCG)	生後1歳に至るまで (生後5月から8月に至るまでの間に1回接種)	1回		
水痘	生後12月から36月に至るまで (生後12月から15月に至るまでの間に接種を開始)	2回		1回目の接種終了後3月以上の間隔を置いて2回 (6月から12月までの間隔を置いて2回)
麻しん・風しん (MR) (※4)	生後12月から24月に至るまで 【特例措置】 令和6年度内に生後24月に達した人 (令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれの人)でMRワクチンの供給不足によりワクチンの接種ができなかった人 (令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間)	第1期	1回	
	小学校就学前の1年間 (いわゆる幼稚園等の年長に相当する人で、令和7年度においては平成31年4月2日～令和2年4月1日生まれの人) 【特例措置】 令和6年度、幼稚園等の年長に相当する人(平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれの人)であって、MRワクチンの供給不足によりワクチンの接種ができなかった人 (令和7年4月1日から令和9年3月31日までの2年間)	第2期	1回	
日本脳炎	生後6月から90月(7歳6月)に至るまで (3歳時に初回接種を2回、4歳時に追加接種を1回)	第1期初回接種	2回	6日以上の間隔を置いて2回 (6日から28日までの間隔を置いて2回)
		第1期追加接種	1回	初回接種終了後6月以上の間隔を置いて1回 (初回接種終了後おおむね1年を経過した時期に1回)
	9歳以上13歳未満 (9歳時に1回接種)	第2期	1回	
	【特例措置】 平成17年4月2日～平成19年4月1日生まれで20歳未満	第1期・第2期の接種不足回数分		【第1期】 6日以上の間隔を置いて第1期の接種不足回数分を接種。ただし、平成23年5月19日以前に、第1期の接種を全く受けていない者については、第1期の接種間隔に従うこと。 【第2期】 第1期接種終了後6日以上の間隔を置いて1回接種。 (ただし、第1期接種終了後おおむね5年の間隔を置いて接種することが望ましい。)
ヒトパピローマウイルス 感染症(HPV)	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子 (小学校6年生～高校1年生相当の女子。令和7年度においては、平成21年4月2日～平成26年4月1日生まれの人。) (中学校1年生の間に接種)	2回 (接種開始が小学校6年生～15歳未満)		<9価ワクチン>(シルガード9) 6月以上の間隔を置いて2回 (当該方法をとることができない場合は、5月以上の間隔を置いて2回) *2回目の接種が1回目から5月未満であった場合、3回目を接種すること。 この場合、3回目の接種は、2回目から3月以上の間隔をおくこと。
	【特例措置(キャッチアップ接種の条件付き延長)】 平成9年4月2日～平成21年4月1日生まれの女性のうち、令和4年4月1日～令和7年3月31日にHPVワクチンを1回以上接種した方 ※接種期限は令和8年3月31日まで	3回	3回のうち接種不足回数分	<2価ワクチン>(サーバリックス) 1月の間隔を置いて2回、1回目から6月の間隔を置いて1回 (当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔を置いて2回、1回目から5月以上、かつ2回目から2月半以上の間隔を置いて1回) <4価ワクチン>(ガーダシル) <9価ワクチン>(シルガード9) 2月の間隔を置いて2回、1回目から6月の間隔を置いて1回 (当該方法をとることができない場合は、1月以上の間隔を置いて2回、2回目から3月以上の間隔を置いて1回)

接種間隔については、予防接種を受けた翌日が1日目となります。

(※3) 母子感染予防のため、健康保険の給付によるB型肝炎ワクチンの投与を受けた方は、定期予防接種の対象とはなりません。

(※4) 原則、MR(麻しん風しん混合)ワクチンを用いて接種を行います。麻しん又は風しん単抗原ワクチンでの接種も可能です。

ワクチン(接種量)	接種方法	備考
組換え沈降B型肝炎ワクチン(0.25ミリリットル)	皮下注射	
経皮接種用乾燥BCGワクチン	混濁液を上腕外側のほぼ中央部に滴下し、管針法により1回	
乾燥弱毒生水痘ワクチン(0.5ミリリットル)	皮下注射	
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(又は乾燥弱毒生麻しんワクチン若しくは乾燥弱毒生風しんワクチン)(0.5ミリリットル)	皮下注射	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン(0.5ミリリットル) ただし、接種量は、3歳未満の者にあつては0.25ミリリットルとする。	皮下注射	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン(0.5ミリリットル)		
組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(0.5ミリリットル)	筋肉内注射	接種開始が小学校6年生～15歳未満でも、組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの3回接種を選択することができる。
以下いずれかのワクチン(0.5ミリリットル) ・組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン ・組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン ・組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン		

(その他注意事項)

- ・年齢、期間等の解釈については、21～22ページを参照してください。
- ・上記表の詳細については、「予防接種ガイドライン」を御参照ください。

## 2 接種の実施

### (1)被接種者

被接種者の保護者は、母子健康手帳の別冊予防接種予診票綴の「予防接種予診票」と「予防接種券」に記入のうえ、接種日当日、母子健康手帳とともに協力医療機関へ持参します。

なお、別冊予防接種予診票綴を紛失された人や転入者、その他予診票等が不足する場合には、本市から送付する京都市作成の予診票等を御利用ください。

また、DT第2期、日本脳炎第2期及び特例措置、ヒトパピローマウイルス感染症（以下「HPV」という。）については、別冊予防接種予診票綴に予診票等は綴られていませんので、保護者が予診票等を持参しなかった場合には、本市から送付する京都市作成の予診票等を御利用ください。

\*本市から送付する「予防接種予診票」の様式については、23ページを御参照ください。

\*他市区町村に住所地がある人への対応、能登半島地震及び東日本大震災の被災者への対応及び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人への対応は **5** その他（12・13ページ）を御参照ください。

### (2)医療機関

#### ①予診

問診、検温、視診、聴診等の診察を事前に行い、当該予防接種の接種対象年齢であるかや、接種歴、直前の予防接種実施日からの間隔等を確認してください。また、保護者が当該予防接種の必要性を理解しているか、予防接種不適合者又は予防接種要注意者に該当しないか、当日の体調がよいか等を確認してください。

日本脳炎又はHPV予防接種の対象者のうち13歳以上16歳未満の人で、かつ、保護者が同伴しない場合は、予診票に保護者の同意に係る署名があるか必ず確認してください。また、一部の予診票では、成人に達している場合には保護者の同意が不要と注記してありますが、国の方針の変更により、16歳に達している場合には、保護者の同意は不要となりましたので、本人の同意の有無によって接種の実施を判断ください。ただし、予診票の自署欄に保護者の自署が記載されていた場合であっても、本人が接種することに同意していることが明示的に確認できる場合（口頭確認等）には、自署欄の修正は不要です。

予防接種不適合者に該当する場合は、当日は接種を行わないでください。予防接種要注意者に該当する場合は、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得てください。

予診の際は、予防接種後の通常起こり得る反応やまれに生じる重い副反応、予防接種健康被害救済制度について十分説明し、保護者がその内容を理解したうえで、予防接種実施に関する明示の同意及び署名をした場合に限り接種を行ってください。

なお、予診票等を十分に確認し、予防接種の種類が混同がないように留意してください。

### ＜予防接種不適合者＞

- ①明らかな発熱を呈している人（明らかな発熱とは通常37.5℃以上を指します。）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③当該疾病に係る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明らかな人
- ④BCGの接種については、外傷等によるケロイドの認められる人
- ⑤B型肝炎予防接種については、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人
- ⑥ロタウイルス予防接種については、先天性消化管障害のある人（治療が完了している場合を除く。）、腸重積症の既往がある人又は重症複合免疫不全症の所見が認められる人
- ⑦その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

### ＜予防接種要注意者＞

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
- ②予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発しん等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
- ③過去にけいれんの既往のある人
- ④過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 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人
- ⑥BCGの接種については、過去に結核患者との長期の接触がある人等、結核感染の疑いのある人
- ⑦日本脳炎又はHPV予防接種の対象者のうち女性の接種については、妊娠中又は妊娠している可能性がある人。

\* 予防接種不適合者とは、接種を受けることが適当でない人を指し、これらの人には接種を行ってはなりません。

\* 予防接種要注意者とは、接種の判断を行うに際し、注意を要する人を指し、この場合、接種を受ける人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し、説明に基づく同意を確実に得てください。

\* 予防接種不適合者及び予防接種要注意者は、予診を行うことにより把握してください。

\* 予防接種要注意者と判断された人の中で、かかりつけ医等で接種できない人については、専門的予防接種実施医療機関や高度専門的予防接種実施医療機関で予防接種を実施しています。（18ページ、Q8を御覧ください。）

## <HPV予防接種について>

ワクチンを接種した後や、けがの後などに原因不明の痛みが続いたことがある方は、HPV予防接種後に、広い範囲に広がる痛みや、手足の動かしにくさ、不随意運動などを中心とする多様な症状が出現する可能性が高いと考えられているため、被接種者と保護者に十分確認してください。

接種後に現れた症状により、以降の接種を中止もしくは延期することが可能です。2回目以降の接種時には、前回接種後の症状の有無を被接種者と保護者に確認してください。

### ②他の予防接種との接種間隔

注射による生ワクチンの接種後に、別の種類の注射による生ワクチンの接種を行う場合は、27日以上の間隔をおいて行ってください（接種間隔の起算日は、接種した日の翌日となります。）。

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。

なお、同じ種類のワクチンを複数回接種する場合は、それぞれのワクチンに定められた接種間隔を守ってください。

### ③接種液(ワクチン)

医療機関への委託単価には、ワクチン料が含まれていますので、個々の医療機関で御自由に御購入ください。

なお、接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用し、凍結等に留意してください。

### ④接種

予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守してください。

ア 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。

イ 接種液の使用に当たっては、誤接種を防ぐため、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がないことを確認し、十分な溶解、振混ぜにより有効成分が均質になるようにして使用すること。

ウ 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こと。

エ 接種液が入っているアンプルを開くときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。

オ HPV予防接種は、ワクチンの添付文書の記載に従って、原則として上腕の三角筋部又は大腿四頭筋部に筋肉内注射する。

カ 五種混合、15価及び20価小児肺炎球菌の予防接種は、ワクチンの添付文書の記載に従い、皮下接種又は筋肉内接種により行う。接種部位について、皮下接種の場合は通常、上腕伸側に接種する。筋肉内接種の場合は、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または三角筋中央部に接種することとし、臀部には接

種しないこと。

キ HPV、五種混合、15価及び20価小児肺炎球菌以外の注射による予防接種は、原則として上腕伸側に皮下接種により行う。

ク 接種前には、接種部位をアルコール消毒し、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認すること。同一部位への反復しての接種は避けること。

ケ 接種用具等の消毒は、適切に行う。

### ⑤接種後の注意

接種医師は、予防接種を実施した後の一般的注意事項の説明とともに、副反応等被接種者の健康状態に十分注意するよう、保護者又は被接種者に対して必要な指導を行ってください。

また、まれにワクチンの成分によってアナフィラキシーショックを起こす例が報告されていますので、接種後30分程度は各医療機関の待合室等で被接種者の様子を観察するようにしてください。

特に、HPV予防接種については、接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあります。失神による転倒を防止するため、注射後の移動の際には保護者や医療従事者が腕を持つなどして付き添うようにし、接種後30分程度、体を預けられるような場所で座らせるなどしたうえで、なるべく立ち上がらないように指導してください。

なお、予防接種後の即時性全身反応等の発生に対応するために必要な薬品、用具等を常備するようにしてください。

### ⑥自己負担金

京都市民の方については全額京都市負担ですので、被接種者から自己負担金を徴収しないでください（京都市民以外の方は、京都市の定期接種として取り扱われず全額自己負担になりますので、実費を徴収してください。12ページ参照）。

### ⑦接種の記録

接種後は、母子健康手帳本冊の「予防接種の記録」欄に、使用したワクチンの種類、接種年月日、メーカー名、ロットNo.等の必要事項を記入のうえ、署名してください。

母子健康手帳を紛失した人や転入者等については、京都市が作成する「予防接種済証」に必要事項を記入のうえ、お渡しください。

( ) 定期予防接種済証			
〔 第 期初回追加接種 回目 〕			
住所 京都市 区		氏名	
年 月 日生		年 月 日生	
ワクチンの種類 (ワクチン名)	メーカー	ロット	備考
予防接種を行った年月日			
年 月 日	京都市長		
年 月 日	接種医師氏名		

ヒトパピローマウイルス感染症 予防接種済証 (定期)			
住所 京都市 区		氏名	
生年月日 平成・西暦 年 月 日生		年 月 日生	
接種回数	接種日	ワクチン名	メーカー/ロット
1回目	年 月 日	2価・4価	
2回目	年 月 日	2価・4価	
3回目	年 月 日	2価・4価	
接種医療機関			京都市長



### 3 委託料の請求手続及び支払方法



- (1) 各医療機関は、月ごとに「予防接種受託報酬請求書」に必要事項を記入のうえ、各「予防接種券」を添付し、接種を行った月の翌月の10日までに京都府国民健康保険団体連合会（以下「府国保連」といいます。）へ送付してください。

**【注意】** 予防接種券について

接種医師名欄への押印は、不要です。

ただし、接種医師名は必ず記名してください。

- (2) 各医療機関から送付された「予防接種受託報酬請求書」及び「予防接種券」は、府国保連において審査・取りまとめのうえ、一括して京都市に請求されます。
- (3) 請求を受けた京都市は、一括して府国保連へ支払を行います。
- (4) 府国保連は、口座振込により各医療機関へ委託料の支払を行います。
- (5) 京都府以外の医療機関で、府国保連を利用できない場合は、医療衛生企画課に直接請求を行ってください。

\* 不適格診断（予診の結果、被接種者が将来にわたって接種不可能と判断するもの）を行った場合は、請求書に記載欄がありませんので、医療衛生企画課まで御連絡ください。

## 4 副反応及び事故発生時の対応

### (副反応発生時)

保護者又は被接種者から副反応の連絡を受けた場合は、必要な指導又は処置を行ってください。この際、副反応の程度が報告基準（26ページ）に該当する場合は、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>) にて報告してください。

電子報告が困難な場合においては、予防接種の種類に関わらず FAX (FAX 番号 : 0120-176-146) でも報告可能です。

「予防接種後副反応疑い報告書」は25・26ページをそのままコピーして御利用ください(記入に際しては、記入要領(28ページ~)を参照してください)。さらに、その症状が急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、ギラン・バレ症候群(GBS)、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)、心筋炎、心膜炎と疑われる場合は、通常の報告書に加えて、各調査票を作成して報告してください。

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報告することもできます。

また、同様の連絡が医療衛生企画課等に直接あった場合は、接種医の診察を受けるよう説明しますので、必要な指導、処置を行ってください。

\* 当該報告以外に、厚生労働省、独立行政法人医薬品医療機器総合機構等により副反応事例等の調査が実施される場合がありますので、その際には、御協力をお願いいたします。

### (事故発生時)

(1) 万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した、有効期限の切れたワクチンを接種した等の重大な健康被害につながるおそれのある事故が発生した場合には、以下の①から⑨までの内容を様式(39ページ)に記載し、医療衛生企画課又は所管行政区の各区役所、支所 保健福祉センター子どもはぐくみ室に速やかに報告してください。

- ①予防接種を実施した機関
- ②間違いの概要
- ③被接種者(氏名等)
- ④間違い接種が起こった日
- ⑤ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
- ⑥事故への対応(公表の有無を含む。)
- ⑦健康被害発生の有無(健康被害が発生した場合は、その内容)
- ⑧間違いの原因
- ⑨再発防止策

なお、事案によっては、再発防止への対応として、上記の報告に基づく立入検査、公表等を検討することがあります。

(2) 予防接種法に基づく予防接種により発生した医師の無過失事故については、京都市において全責任を負います。予防接種法に基づく予防接種との因果関係が否定できない事

例において、被接種者に死亡、障害又は通常生じる副反応の程度を超えて入院等が必要とされる事故が発生した場合、「京都市予防接種健康被害調査委員会」を開催して国に進達し、国の認定結果により補償等を行います。予防接種法に基づかない任意の予防接種により発生した医師の無過失事故については、国の健康被害救済制度の対象とはならず、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度を活用することとなります。

## 5 その他

### （他市区町村に住所地がある人への対応）

**京都市に住民票のない方の定期接種の料金については、各医療機関において全額実費を徴収してください。予防接種実施依頼書は、病院長宛てで発行されます。**

接種委託料の請求に当たり、他市区町村が発行する予防接種実施依頼書を添付されても京都市からは委託料の支払はできませんので、御注意ください。

京都府内市町村の広域化の取扱いに変更はありません。

なお、特別な事情（DV（ドメスティック・バイオレンス）により京都市に避難している等）により、住民票がない方は、京都市が費用負担する場合がありますので、請求については、医療衛生企画課までお問い合わせください。

また、京都市民が他市区町村で接種する場合については、住所地の区役所等で申請書（42ページ参照）を受け付け医療衛生企画課で事務処理の後、申請者の希望先に京都市長が発行する「予防接種実施依頼書」を送付します。接種の際には全額自己負担になりますが、領収書、母子健康手帳の写し等必要な書類を添付し申請することで京都市の定める接種料金内で還付を受けられます。

### （原発避難者特例法に基づく対応）

平成23年東日本大震災の被災者で接種日現在京都市に居住（避難）している人で、区役所等で発行する「予防接種実施願」（43ページ参照）を提出した人については、京都市の予診票を使い、京都市民と同様に予防接種を受けることができます。

この場合の接種委託料の請求に当たっては、「予防接種券」に「予防接種実施願」の原本を添付して請求してください（予診票のコピーの添付は必要ありません）。

なお、「予防接種実施願」は、東日本大震災による災害の影響により避難することを余儀なくされた人で、京都市長宛ての「予防接種実施依頼書」を発行できない市区町村に住民票がある避難者等であることを確認したうえで、避難先の区役所等で発行します（区役所等の確認印のないものは無効です。）。

### （令和6年能登半島地震の被災者への対応）

令和6年1月1日に石川県能登地方を震源として発生した地震のために居住地である市町村における定期予防接種が困難な方で、京都市内に一時的に居住されている場合は、市内協力医療機関において、定期予防接種を受けることが可能です。

接種に関する相談があった場合は、事前に医療衛生企画課予防接種担当（075-222-4421）

までお問い合わせいただくよう、被接種者の方へご案内ください。

**(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定期の予防接種の機会を逸した人への対応)**

免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病にかかっていたことなどの特別の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人については、その特別な事情がなくなった日から原則として2年間(一部、上限年齢あり)、定期の予防接種として受けていただけます。

この場合は、当該対象者が、京都市が発行する「特別の事情による定期の予防接種対象者確認書」を提出しますので、接種委託料の請求に当たっては、「予防接種券」に「特別の事情による定期の予防接種対象者確認書」(47ページ参照)のコピーを添付して請求してください(原本は医療機関において予診票とともに保存してください。なお、予診票のコピーは、別途医療衛生企画課まで送付してください)。ただし、予防接種実施の可否については、予診により診断してください。

なお、「特別の事情による定期の予防接種対象者確認書」は、希望者が「特別の事情による定期の予防接種対象者確認申請書」(44ページ参照)を区役所等に提出し、医療衛生企画課において申請内容を審査したうえ、対象者であることが確認された場合に発行します。

お問い合わせ

京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課

電話 075-222-4421 F A X 075-708-6212

又は

京都府医師会事務局地域医療1課

電話 075-354-6109

# **2 Q & A**

Q1 ロタリックス（1価）、ロタテック（5価）のロタウイルスワクチンを交互に接種することはできますか

A1 ロタウイルスワクチンについては、2種類のいずれかを使用し、同一のワクチンで規定回数の接種を完了することが原則です。

ただし、ロタウイルスワクチンを1回又は2回投与した後に転居した際、転居後の定期接種を実施する市町村において、ロタリックス（1価）又はロタテック（5価）のいずれか一方の接種しか実施していない等の理由により、原則によることができないやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる方法で接種が可能です。（※以下以外のパターンは認められません。）

1回目		2回目		3回目
① ロタリックス	→	ロタテック	→	ロタテック
② ロタテック	→	ロタテック	→	ロタリックス
③ ロタテック	→	ロタリックス	→	ロタリックス

**Q 2 五種混合ワクチンの交接種は認められますか。**

A 2 原則として、既に四種混合ワクチン及びヒブワクチンで接種を開始している被接種者については、接種完了まで四種混合ワクチン及びヒブワクチンで接種を行うことが望ましいとしています。しかし、原則によることができない場合は、例外的に交接種が認められます。

例外的に交接種が認められる場合、①四種混合ワクチンから五種混合ワクチンへの交接種②複数種類ある五種混合ワクチン間での交接種のどちらも許容されます。

**Q 3 BCG予防接種について、協力医療機関になることを希望しますが、何か条件はありますか。**

A 3 BCG予防接種については、他の予防接種と違い、針痕が残るとともに、接種後に現れることがあるコッホ現象への対処が必要です。そのため、本市では、毎年、BCG予防接種の研修を行っており、当該研修に参加された医療機関のみがBCG予防接種の協力医療機関として予防接種を実施いただけます。

Q 4 麻しん風しん予防接種について、MRワクチン又は単抗原ワクチンのどちらを用いて接種を行えばよいですか。

A 4 麻しん・風しん対策、被接種者の利便性、肉体的負担の軽減等の観点から、原則としてMRワクチンの接種を勧奨してください。麻しん又は風しんにり患したことのある人についても、定期の予防接種としてMRワクチンの接種が可能です。

また、特に保護者が希望される場合においては、単抗原ワクチンの接種も可能です。

Q 5 日本脳炎予防接種について、平成17年5月30日付けで積極的な勧奨が差し控えられていたところ、一部対象者に対して再開された積極的勧奨の内容を教えてください。

また、平成25年度から特例措置の対象者が拡大したと聞きましたが、どのような内容ですか。

A 5 日本脳炎の予防接種については、マウス脳由来の日本脳炎ワクチンの接種後に重症ADEM（急性散在性脳脊髄炎）を発生した事例があったことから、平成17年5月30日付けの厚生労働省の勧告により、積極的な勧奨が差し控えられていました。

その後、国の厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会日本

脳炎に関する小委員会において、専門家による検討がなされた結果、第1期接種については、新たなワクチンである乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンについて、安全性や供給実績等から積極的な勧奨を行う段階に至ったものと判断されたことから、厚生労働省通知に基づき、平成22年4月1日から、第1期の標準接種期間に該当する方に対して積極的勧奨を再開しました。

また、平成23年からは、国が示した対象年齢の人に対する積極的勧奨も順次実施しています（3ページ特例措置欄参照）。

**Q6** ヒトパピローマウイルス感染症予防接種について、キャッチアップ接種が延長されましたが、なぜ延長されたのですか。また、延長の対象となる条件はありますか。

**A6** HPVワクチンのキャッチアップ接種期間については、令和7年3月31日までとされているところですが、令和6年の夏以降の需要の大幅な増加に伴う限定出荷の状況等を踏まえ、接種を希望される方が接種機会を逃さないために、条件付きで延長することになりました。

<期間延長の対象者>

- ・キャッチアップ接種対象者のうち、令和4年4月1日～令和7年3月31日にHPVワクチンを1回以上接種した方
- ・平成20年度生まれの女子で、令和4年4月1日～令和7年3

月 31 日に HPV ワクチンを 1 回以上接種した方

<延長期間>

令和 8 年 3 月 31 日まで

Q 7 注射による生ワクチン接種後、別の種類の注射による生ワクチン接種を行うには 27 日以上の間隔をおいて行うこととなっていますが、仮に月曜日に接種をした場合、次に接種可能になるのは何曜日ですか。

A 7 接種日の翌日を第 1 日目として起算します。つまり、月曜日に接種を行った場合、27 日目は日曜日となりますので、次の接種は 4 週後の月曜日から可能です。

Q 8 予防接種を受けようとしたところ、予防接種要注意者と判断され、接種を見合わせました。この人が規定どおりに接種を受ける場合、どうすればよいでしょうか。

A 8 予防接種を行うに当たって注意を要する人（6 ページ<予防接種要注意者>参照）のうち、かかりつけ医等で接種ができない人について専門的予防接種実施医療機関（京都市立病院）及び高度専門的予防接種実施医療機関（京都府立医科大学附属病院）を指定し、接種機会の拡大を図っています。

申込み等詳細については、医療衛生企画課にお問い合わせください。

**Q 9 年齢や期間の考え方について教えてください。**

A 9 21～22ページの厚生労働省健康課予防接種室からの事務連絡を参照してください。

**Q 10 市民が「特別の事情による定期の予防接種対象者確認申請書」を持参したが、どのようにすればよいですか。**

A 10 裏面の主治医記入欄に御記入いただき、市民に対し、当該申請書をお住まいの区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室に提出するよう御案内ください。

本市の審査において特別の事情が認められた場合、「特別の事情による定期の予防接種対象者確認書」を発行しますので、当該確認書を提出された場合に限り、予防接種を実施していただくようお願いいたします（13ページ参照）。

事 務 連 絡  
令和2年2月4日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

定期の予防接種における対象者の解釈について（事務連絡）

予防接種行政につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく予防接種の実施につきましては、その具体的な接種方法等について、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）及び予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）に規定されているところです。この度、ロタウイルス感染症の定期接種化に当たり、対象者の解釈につきまして、別添のとおり整理しましたので、今後の業務の参考にしていただくとともに、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を含む。）及び関係機関等に周知をお願いいたします。

定期の予防接種における対象者の解釈について

『●歳に達した時』の考え方

年齢は出生の日から起算され、期間はその末日の終了をもって満了するため、翌年の誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、令和3年3月31日（24時）に1歳に達したと考えます。

『●歳に達するまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に達するまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります。

\*『達するまで』は、『至るまで』、『至った日まで』と同義であり、3月31日は含まれます。

『●歳以上』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳以上から接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日から接種可能』という意味になります。

\*厳密には24時に1歳年をとるので、3月31日であっても0時から24時に至るまでは、1歳に達していませんが、真夜中の24時に接種を受けられることは通常想定されないため、日中でも接種を受けられるように配慮したものです。

『●歳未満』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳未満まで接種可能』と言った場合、『令和3年3月31日まで接種可能』という意味になります。

\*『●歳以上』の考え方では、被接種者の都合を考慮して、厳密には接種対象年齢には達していない時間帯も含めて、3月31日の丸一日を接種可能日としました。

一方、『●歳未満』の考え方では、厳密に前日（24時）に1歳年をとると考えて、3月31日24時に至るまでは接種可能とするものです。

『●歳に至った日』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日』は、『令和3年3月31日』を指します（3月31日は含まれます。）。

『●歳に至った日の翌日』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2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至った日の翌日』と言った場合、『令和3年4月1日』を指します。

『●歳に至るまで』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまで』と言った場合、『令和3年3月31日まで』という意味になります（3月31日は含まれません。）。

#### 『生後1月に至るまで』の考え方

単位が月になった場合、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。したがって、令和2年4月1日生まれの人であれば、翌月の同日（5月1日）の前日（4月30日）に生後1月を迎えたと考えます。

なお、翌月に同日となる日が存在しない場合には、翌月の最後の日に1月経過したと考えます。例えば、令和2年1月31日生まれの人であれば、2月29日に生後1月を迎えたと考えます。

#### 『●歳に至るまでの間』の考え方

誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えますので、令和2年4月1日生まれの人であれば、『1歳に至るまでの間』と言った場合、『令和3年3月31日になるまで』という意味になります。

\*3月31日までは対象となりますが、4月1日は対象外となります。

#### 『生後3月から生後6月に至るまでの間』の考え方

令和2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。

#### 『出生●週●日後から』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日後から』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週後から』と言った場合、『令和2年4月8日から』という意味になります（4月8日は含まれます。）。

\*『出生●週●日後から』は、『生後●週に至った日の翌日から』と同義であり、4月8日は含まれます。

#### 『出生●週●日後まで』の考え方

生まれた日の翌日から起算して、生まれた日の翌日を出生0週1日後と考えます。また、『出生●週●日まで』とは、『●週●日後』の日を含みます。

例えば、令和2年4月1日生まれの人であれば、『出生1週6日後まで』と言った場合、『令和2年4月14日まで』という意味になります（4月14日は含まれます。）。

\*『出生●週●日まで』は、『生後●週に至る日の翌日まで』と同義であり、4月14日は含まれます。

## **3 その他**

BCG 予防接種予診票

04.07

※本表の中のみボールペンで記入してください。(鉛筆や消せるボールペンは不可)。  
 診察前の体温 度 分

住所	京都市 区	診察前の体温	度	分
(ふりがな) ( ) 受ける人の氏名	男・女 生年月日	年	月	日
保護者の氏名	(TEL)	( 歳 )		
お子さんの今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入してください。○で囲んでください。				
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の説明書を読みましたか	はい		はい	
(2) あなたのお子さんの発育歴についておたずねしましたか 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 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい はい はい はい		はい はい はい はい	
(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		はい	
(4) 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい		はい	
(5) 1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか (病名)	はい		はい	
(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人がいましたか	はい		はい	
(7) 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	はい		はい	
(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		はい	
(9) ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか ( ) 歳頃 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といわれましたか そのとき熱が出ましたか	はい はい はい		はい はい はい	
(10) 薬や食品で皮膚に発疹(じんやじん)が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい		はい	
(11) 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいいますか	はい		はい	
(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 ( )	はい		はい	
(13) 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいいますか	はい		はい	
(14) 今日、予防接種を受けて質問がありますか	はい		はい	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重症な副反応の可能性、予防接種障害救済制度などについて理解したうえで、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこのどちらかを○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。このことを理解のうえ、本予診票が京都市に提出されることに同意します。

(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障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

BCG 予防接種券

※ボールペンで記入してください。(鉛筆や消せるボールペンは不可)。

01 が な り が 接 種 者 氏 名

生 ( 年 月 日 ) 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

母 子 健 康 手 帳 番 号

住 所 京 都 市 区

電 話 番 号

保 護 者 氏 名

生 ( 年 月 日 ) 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

接 種 日 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

接 種 回 数

以下医療機関記入欄

使 用 ワ ク チ ン B C G ワ ク チ ン

ロ ッ ト 番 号

医 師 名

医師記入欄

※ 特記事項

※ 異常所見

使用ワクチン名	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(経皮接種) 左・右 上腕	実施場所 医師名 接種年月日
Lot No.		
有効期限		年 月 日

※ 必要が...と判断された場合のみ記入してください。

接種後の状態...接種者が来院し、又は保護者から連絡のあった場合に記入してください。

来院又は連絡日	月 日	接種後	日目
副反応			
発熱	℃	接種後	日目
	℃	接種後	日目
腫脹・硬結	程度	強・中・弱	接種後 日目から
その他	部位	全身・体の一部 ( )	
	汗・不元氣・食欲低下・咳・その他 ( )		
	※ 接種後湿しんのあった者	状態	増悪・不変・軽快
		大きさ	拡大・縮小
再来院日			
治療・検査・経過観察	要・否	カルテ作成	社・国・自費、No.
備考			



予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	フリガナ <small>(定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>		性別	1 男 2 女
	住所	都道府県	区市町村	生年月日	接種時 年齢
報告者	氏名	1 接種者(医師) 2 接種者(医師以外) 3 主治医 4 その他( )			
	医療機関名			電話番号	
	住所				
接種場所	医療機関名				
	住所				
ワクチン	ワクチンの種類 <small>(②～④は、同時接種したものを記載)</small>		ロット番号	製造販売業者名	接種回数
	①				① 第 期( 回目)
	②				② 第 期( 回目)
	③				③ 第 期( 回目)
	④				④ 第 期( 回目)
接種の状況	接種日	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出生体重	グラム <small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>	
	接種前の体温	度 分	家族歴		
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)				
症状 の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名: )			
	発生日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分			
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因(他の 疾患等)の可 能性の有無	1 有 2 無	
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)				
	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無				
症状 の程度	1 重い	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)			
	2 重くない	6 上記1～5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常			
症状 の転帰	転帰日	平成・令和 年 月 日			
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状: ) 5 死亡 6 不明				
報告者意見					
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後				

(別紙様式1)

	対象疾病	症 状	発生までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー	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・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
		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・バレー症候群	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	1 アナフィラキシー	4時間		
	2 血小板減少性紫斑病	28日		
	3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの)	—		
	4 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・バレー症候群	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・バレー症候群	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・バレー症候群	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、固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、国立感染症研究所、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りますため、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で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、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討してください。

けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)

また、血栓症(TTS(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。))、心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。

なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上にて新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。  
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。  
FAX番号:0120-176-146(各種ワクチン共通)

(別紙様式 1 記入要領)

### 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・臨時接種か、任意接種かの別について、該当する方に印を付けてください。

### 患者（被接種者）

・氏名又はイニシャル

定期接種・臨時接種後に症状を認めた場合にはその患者の氏名を、また、任意接種後に症状を認めた場合にはその患者のイニシャルを記入してください。

・性別

患者の性別について、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は記入しないでください。

・接種時年齢

患者の予防接種時の年齢を記入してください。0歳児については、月齢まで記入してください。

・住所

患者の住所を市町村名まで記入してください。

・生年月日

患者の生年月日を記入してください。

### 報告者

・氏名

副反応疑い報告書を作成した者の氏名（法人である場合は法人名）を記入してください。また、報告者と患者との関係について、該当する番号に○印を記入してください。「その他」の場合には、具体的に記入してください。

・医療機関名

副反応疑い報告書を作成した者の所属（報告者が法人である場合には、開設。以下同じ。）する医療機関名を記入してください。

・電話番号

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の電話番号を記入してください。

・住所

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の所在地を記入してください。

### 接種場所

・医療機関名

患者が予防接種を受けた医療機関名を記入してください。接種を受けた場所が、医療機関ではない場合には、その具体的な場所や名称を記入してください。

・住所

患者が予防接種を受けた医療機関の所在地を記入してください。

## ワクチン

### ・ワクチンの種類

患者に接種したワクチンの種類を記入してください。

同時接種をしたワクチンがある場合には、①に報告者が最も症状と関係があると考えられるワクチンの種類を、②～④には、その他の同時接種をしたワクチンの種類を記入してください。なお、どのワクチンが症状と関係があるかどうか判断がつかない場合には、①～④に記入するワクチンの種類の順番は問いません。

なお、同時接種をしたワクチンが5つ以上ある場合には、適宜、余白や別紙に記載し、あわせて報告してください。

### ・各ワクチンのロット番号

患者に接種したワクチンのロット番号を記入してください。

### ・各ワクチンの製造販売業者名

患者に接種したワクチンの製造販売業者名（販売元ではない。）を記入してください。

### ・各ワクチンの接種回数

患者が受けた予防接種の接種回数（期）を記入してください。なお、患者の受けた予防接種が任意接種だった場合には、可能な限り記入をお願いします。

### ・同時接種するワクチンが5つ以上の場合は、様式の余白や別紙に記載の上、あわせて報告してください。

## 接種の状況

### ・接種日

患者が予防接種を受けた日時を記入してください。

### ・出生体重

患者の出生時の体重を記入してください。患者が乳幼児で無い場合には、記入の必要はありません。

### ・接種前の体温

患者の予診時の体温を記入してください。

### ・家族歴

患者の血縁関係のある者において、症状と関係があると考えられる疾病がある（過去にあった）場合は、記入してください。

### ・予診票での留意点（基礎疾患、アレルギー、最近1ヵ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）

留意点の有無について、該当する番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

なお、「最近1ヵ月以内のワクチン接種」については、症状の発生から1ヵ月以内に接種したワクチン（「ワクチンの種類」欄に記載したワクチンを除く。）の接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名、接種回数を記入してください。

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

新型コロナワクチンの2回目以降の接種の場合は、最近1ヶ月に限らず前回までの接種について、接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入してください。

また、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あつては、過去に接種したワクチンの種類が不明の場合、その旨明記（※）してください。

（※）の記載例：3回目接種後に報告する場合

1回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

2回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

（注）過去の接種記録は、予診票等を確認するなどして可能な限り記載してください。

## 症状の概要

### ・症状

患者の受けた予防接種が定期接種又は臨時接種だった場合

該当する症状名について、様式2 ページ目の「報告基準」の中から該当する番号に○印を記入してください。この際、「その他の反応」を選択した場合には、右欄にある症状の例示の中から、該当するアルファベットに○印を記入してください。（複数の症状が該当する場合には、その全てに○印を記入してください。）重ねて本欄への記入は不要です。なお、該当するものが無く、xを選択した場合には、症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。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。

患者の受けた予防接種が任意接種だった場合

症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。様式2 ページ目に同じ症状名がある場合は、できる限り、様式2 ページ目にある症状名で記載をお願いいたします。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。

### ・発生日時

症状の発生した日時を記入してください。

### ・本剤との因果関係

予防接種と症状との因果関係について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。

### ・他要因（他疾患等）の可能性の有無

今回の症状が予防接種ではなく、他疾患の可能性があるかどうかについて、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

### ・概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）：詳細は別表参照

今回の症状の概要を詳しく記入してください。特に、別表に記載した代表的な臨床所見の有無及び代表的な検査の結果を記入してください。

また、新型コロナワクチンの2回目以降の接種後の概要について記載する場合は、当該接種時における接種前後の症状の概要に加え、前回までの接種時における接種前後の状況についても関連する症状の発生の有無その他特筆すべき状況について可能な範囲で記載してください。

### ・製造販売業者への情報提供

今回接種したワクチンの製造販売業者等に情報提供を行ったかどうか、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は、記入しないでください。

### 症状の程度

今回の症状の程度について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。  
「重い」を選択した場合には、その程度について該当する番号に○印を記入してください。  
なお、「入院」を選択した場合には、入院した病院名、担当医の氏名、入院日及び退院日を記入してください。

### 症状の転帰

今回の症状の転帰について、報告時点で判明している場合には、転帰日を記入するとともに、その内容について、該当する番号に○印を記入してください。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。

### 報告者意見

今回の症状の診断、因果関係の評価又は関連があると考えられるその他の事象について、記入してください。

### 報告回数

今回の症状を厚生労働省に報告する回数について、該当する番号に○印を記入してください。

### 別表 各症状の概要

症 状	疾病概要・臨床所見・検査所見	症状発生までの時間
アナフィラキシー	<p><u>疾病概要：</u> 即時型（I型）アレルギー反応を主たる発生機序とし、通常、抗原に曝露してから30分以内（場合によっては数時間後）に突然に発症し、急速な症状の進行を伴う過敏反応である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 皮膚又は粘膜症状</li><li><input type="checkbox"/> 循環器症状</li><li><input type="checkbox"/> 呼吸器症状</li></ul> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：アナフィラキシー <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf</a></p>	4時間
化膿性リンパ節炎（BCG）	<p><u>疾病概要：</u> 病原微生物のリンパ流への侵入により、リンパ節に炎症を起し、化膿した状態である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、倦怠感）</li><li><input type="checkbox"/> 局所症状（例；リンパ節での膿瘍、瘻孔の形成）</li></ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 菌の証明</li></ul>	4か月

	<input type="checkbox"/> 血液検査	
肝機能障害	<p><u>疾病概要：</u> 発生機序を問わず、肝機能に異常を来した状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；例発熱、倦怠感、黄疸）</li> <li><input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大）</li> <li><input type="checkbox"/> 皮膚層状（例；皮疹、掻痒感） 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血液検査：AST、ALT の変動 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：薬物性肝障害 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf</a></p>	28日
間質性肺炎	<p><u>疾病概要：</u> 肺の支持組織の炎症性病変を示す疾患群である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱）</li> <li><input type="checkbox"/> 呼吸症状（例；咳嗽、呼吸困難） 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血液検査：白血球数の増加、低酸素血症</li> <li><input type="checkbox"/> 培養検査（血液、喀痰）</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査（単純 X 線、CT）：びまん性の陰影 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：間質性肺炎 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf</a></p>	28日
急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	<p><u>疾病概要：</u> 自己免疫的な機序により、急性に脳・脊髄・視神経を含む中枢神経系に散在性に脱髄と炎症を来す疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、痙攣、小脳失調）</li> <li><input type="checkbox"/> 脊髄症状（例；対麻痺、病的反射）</li> <li><input type="checkbox"/> 末梢神経症状（例；脳神経症状） 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査；中枢神経系の脱髄巣、細胞浸潤</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査；白血球増多、赤沈亢進</li> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査；リンパ球優位の細胞数増多</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査；MRI による散在性の白質病変 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：急性散在性脳脊髄炎 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf</a></p>	28日
急性汎発性発疹性膿疱症	<p><u>疾病概要：</u> 高熱とともに急速に全身性に小膿疱を有する浮腫性紅斑やびまん性紅斑が多発する疾患である。通常粘膜疹は伴わない。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；高熱、急速に全身に多発する紅斑 等）</li> <li><input type="checkbox"/> 局所症状（例；紅斑上に多発する小膿疱 等）</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血液検査：好中球優位の白血球増多と炎症反応（CRP）の上昇 等</li> <li><input type="checkbox"/> 病理検査：角層下膿疱、表皮内膿疱 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u></p>	28日

	重篤副作用疾患別対応マニュアル 急性汎発性発疹性膿疱症 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf</a>	
ギラン・バレー症候群	<p><u>疾病概要:</u> 感染等に続発して免疫異常を生じることにより起こる末梢神経系の炎症性脱髄性疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 (通常は单相性の臨床像):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 両側性の筋力低下</li> <li><input type="checkbox"/> 腱反射の減弱</li> <li><input type="checkbox"/> 感覚障害 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査: 蛋白細胞解離</li> <li><input type="checkbox"/> 電気生理検査: 末梢神経伝導速度の遅延 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル: ギラン・バレー症候群 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf</a></p>	28日
けいれん	<p><u>疾病概要:</u> 全身又は一部の筋肉に生じる発作性の不随意運動である。その内容は多様であり、発生機序については不明な点が多い。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 意識消失</li> <li><input type="checkbox"/> 痙攣 (全身性、緊張性、間代性、強直間代性、弛緩性) 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 検温</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査</li> <li><input type="checkbox"/> 脳波 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル: 痙攣・てんかん <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf</a></p>	7日 (麻しん、風しんは、21日)
血管炎	<p><u>疾病概要:</u> 非特異性の炎症性変化で、繊維性肥厚や瘢痕化のために血管の閉塞や拡張性変化を生じ、多彩な病態を呈する疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 (複数臓器の症状を伴う):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状 (例; 発熱、体重減少、全身倦怠感)</li> <li><input type="checkbox"/> 大・中型血管の臓器症状 (例; 血圧異常、咬筋跛行、視力障害、急性腹症)</li> <li><input type="checkbox"/> 小型血管の臓器症状 (例; 皮疹、多発性単神経炎、糸球体腎炎) 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 血管造影 等</li> </ul>	28日
血管迷走神経反射 (失神を伴うものに限る。)	<p><u>疾病概要:</u> 自律神経のバランスが崩れ、血圧の低下、徐脈が生じる病態であり、脳血流が低下して失神に至ることがある。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 失神</li> <li><input type="checkbox"/> 発汗</li> <li><input type="checkbox"/> 悪心</li> <li><input type="checkbox"/> 血圧の低下 等</li> </ul>	30分
血小板減少性紫斑病	<p><u>疾病概要:</u> 発生機序を問わず、血小板が減少したために皮膚及び粘膜に紫斑を呈した状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p>	28日

	<input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：血小板の減少 等	
脊髄炎	<u>疾病概要：</u> 脊髄の炎症性疾患の総称。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 感覚異常 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 排尿困難 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 等	28日
視神経炎	<u>疾病概要：</u> 視神経に起こる炎症により、視機能障害を引き起こす疾患。しばしば多発性硬化症の初発症状となる。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 中心暗点 <input type="checkbox"/> 眼球運動痛 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 視力検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 等	28日
髄膜炎（BCGによるものに限る。）	<u>疾病概要：</u> 髄膜炎のうち髄液からBCGが検出されるもの。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、頭痛、悪心・嘔吐 等） <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、けいれん、項部硬直などの髄膜刺激症状） <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、BCGの検出 等	-
全身播種性BCG感染症	<u>疾病概要：</u> BCGが全身に播種した状態である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、咳嗽） <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液） <input type="checkbox"/> 血液検査：炎症所見 <input type="checkbox"/> 画像検査：リンパ節腫大、空洞病変、粟粒陰影 等	1年
喘息発作	<u>疾病概要：</u> 種々の刺激に対して気管、気管支の反応性が亢進していることを特徴とする疾患である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 呼吸症状 （例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ） 等 <u>代表的な検査所見：</u> 急性期には通常の検査で行うべき項目はなく、治療が優先される。	24時間
多発性硬化	<u>疾病概要：</u> 中枢神経系の脱髄疾患であり、自己免疫性炎症性機序が関与してい	28日

症	<p>ると考えられている。時間的・空間的多発性が特徴。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 視力障害</li> <li><input type="checkbox"/> 複視</li> <li><input type="checkbox"/> 四肢の麻痺</li> <li><input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害</li> </ul> <p>等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 発達・知能指数</li> <li><input type="checkbox"/> 脳波検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査</li> <li><input type="checkbox"/> 誘発電位</li> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査</li> </ul> <p>等</p>	
腸重積症	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>口側腸管が肛門側腸管に引き込まれ、腸管壁が重なり合うことで引き起こされる疾患。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；間欠的な不機嫌、啼泣等）</li> <li><input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；腹痛、嘔吐、血便等）</li> </ul> <p>等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 画像検査：超音波検査における重積した腸管像、腹部X線における腸管ガスの分布異常、注腸造影検査における陰影欠損</li> </ul> <p>等</p>	21日
ネフローゼ症候群	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>尿中に多量の血清タンパク成分を喪失する時にみられる共通の病態をいう臨床的概念である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 浮腫</li> </ul> <p>等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査</li> <li><input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症</li> </ul> <p>等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：ネフローゼ症候群  <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf</a></p>	28日
脳炎・脳症	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>急激な脳の機能不全によって生じる症候群であり、一般に脳実質の炎症所見を伴うものを脳炎、伴わないものを脳症と定義する。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 遷延する意識障害</li> <li><input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状</li> <li><input type="checkbox"/> その他中枢神経症状</li> </ul> <p>(例；痙攣、大脳局在症状、髄膜刺激症候)</p> <p>等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像検査</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 脳波検査</li> <li><input type="checkbox"/> 髄液検査</li> </ul> <p>等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：小児の急性脳症  <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j21_r01.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j21_r01.pdf</a></p>	28日
B C G 骨炎 (骨髄炎、骨膜炎)	<p><u>疾病概要：</u></p> <p>BCGによる骨炎、骨髄炎、骨膜炎である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、腫瘤等）</li> </ul> <p>等</p>	2年

	<p>代表的な検査所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 菌の証明</li> <li><input type="checkbox"/> 画像：骨の透亮像、膿瘍形成 等</li> </ul>	
皮膚結核様病変	<p>疾病概要：</p> <p>真性（正）皮膚結核や結核疹等結核菌によって皮膚に起こる病変の総称である。</p> <p>代表的な臨床所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 皮疹（全身性、限局性）</li> </ul> <p>代表的な検査所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 菌の証明</li> <li><input type="checkbox"/> 病理検査：類上皮肉芽腫、Langhans 巨細胞 等</li> </ul>	3 か月
皮膚粘膜眼症候群	<p>疾病概要：</p> <p>原因の多くは医薬品と考えられ、全身症状とともに皮膚粘膜移行部に皮疹を呈する疾患である。</p> <p>代表的な臨床所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱）</li> <li><input type="checkbox"/> 皮膚症状（例；多形滲出性紅斑、口唇のびらん）</li> <li><input type="checkbox"/> 眼症状（例；結膜充血、眼脂） 等</li> </ul> <p>代表的な検査：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病理検査</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査 等</li> </ul> <p>参考資料</p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：ステイブンス・ジョンソン症候群</p> <p><a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf</a></p>	28日
注射部位壊死又は注射部位潰瘍	<p>疾病概要：</p> <p>注射部位を中心として蜂巣炎・蜂巣炎様反応（発赤、腫脹、疼痛、発熱等）があらわれ、壊死や潰瘍に至る症状。</p> <p>代表的な臨床所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の壊死、潰瘍等） 等</li> </ul> <p>代表的な検査：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血液検査 等</li> </ul>	28日
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。）	<p>疾病概要：</p> <p>皮膚及び皮下組織等に生じる細菌感染症並びにそれに類する症状である。</p> <p>代表的な臨床所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、発赤等） 等</li> </ul> <p>代表的な検査所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 菌の証明</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 画像：炎症所見 等</li> </ul>	7日
末梢神経障害	<p>疾病概要：</p> <p>末梢神経（運動神経、感覚神経、自律神経）の働きが低下するために起こる障害。</p> <p>代表的な臨床所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 運動障害（例；筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等）</li> <li><input type="checkbox"/> 感覚障害（例；しびれ、疼痛、感覚鈍麻等）</li> <li><input type="checkbox"/> 自律神経障害（例；排尿障害、発汗障害、起立性低血圧等）</li> </ul> <p>代表的な検査所見：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> </ul>	28日

	<input type="checkbox"/> 髄液検査 <input type="checkbox"/> 生理学的検査 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：末梢神経障害 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c13.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c13.pdf</a>	
無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うものに限る。）	<u>疾病概要：</u> 髄膜炎のうち髄液培養で細菌・真菌が検出されないもので、帯状疱疹をとともなうものである。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例：高熱、頭痛、悪心・嘔吐 等） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、ワクチン株の水痘・帯状疱疹ウイルスの検出 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：無菌性髄膜炎 <a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf</a>	-
疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	<u>疾病概要：</u> 接種部位以外を含む疼痛、運動障害を中心とする多様な症状である。ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じていると報告されている。多様な症状とは、具体的には、失神、頭痛、腹痛、発汗、睡眠障害、月経不正、学習意欲の低下、計算障害、記憶障害等である。	-
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。）	<u>疾病概要：</u> 脳静脈、脳静脈洞、内臓静脈等に血栓が生じる疾患であり、血小板減少を伴い、免疫学的機序が想定されている。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 局所症状（例：頭痛、霧視、錯乱、けいれん、息切れ、胸痛、下肢腫脹、下肢痛、持続的な腹痛） <input type="checkbox"/> 出血傾向（例：接種部位以外の皮膚の内出血、点状出血） <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 画像検査：静脈洞血栓、内臓静脈血栓 等 <input type="checkbox"/> 血液検査：血小板数減少、凝固異常（D-ダイマー、プロトロンビン時間、フィブリノゲン） 等 <u>参考資料</u> 日本脳卒中学会、日本血栓止血学会編 アストラゼネカ社 COVID-19 ワクチン接種後の血小板減少症を伴う血栓症の診断と治療の手引き・第2版 2021年6月 <a href="https://www.jsts.gr.jp/news/pdf/20210601_tts2_3.pdf">https://www.jsts.gr.jp/news/pdf/20210601_tts2_3.pdf</a>	28日
心筋炎	<u>疾病概要：</u> 心筋炎は、心筋を主座とした炎症性疾患である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性発症の胸痛） <input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、腹痛、咳嗽、発汗、めまい/失神、浮腫、発熱） <u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 画像検査：心臓超音波検査、心臓MRI検査、冠動脈検査 等 <input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB 等 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <u>参考資料</u>	28日



(宛先) 京都市長

住 所  
医療機関名  
院 長 名

## 予防接種間違い報告書

標記の件について、次のとおり報告いたします。

間違いの概要 (間違いが どの時点で発覚 したかも含む)			
被接種者	間違いに係る被接種者数		(       ) 名
	氏名		生年月日  年    月    日 (    歳    か月)
間違い接種が 起こった日	年    月    日		
ワクチン (同時接種の場 合は全て)	種類		
	ワクチン名		
	ロット番号		
	有効年月日		
事故への対応 (保護者等への 説明とその反 応。必要に応じ て血液検査や抗 体検査の有無等 を含む)	※ 公表の有無    ( 有 ・ 無 )		
健康被害の発生	健康被害の発生状況		有・無 ※どちらかに○をしてください
	発生した場合 その内容		
間違いの原因			
再発防止策			
その他			

(宛先) 京都市長

住 所  
医療機関名  
院 長 名

## 予防接種間違い報告書

標記の件について、次のとおり報告いたします。

間違いの概要 (間違いがどの時点で発覚したかも含む)	<b>小児肺炎球菌ワクチンの追加接種について、初回接種終了後60日以上の間隔をおいて接種すべきところ、55日間で接種してしまった。</b>		
被接種者	間違いに係る被接種者数		( 1 ) 名
	氏名	京都 花子	生年月日 令和5年7月1日 (1歳1か月)
間違い接種が起こった日	令和6年8月15日		
ワクチン (同時接種の場合 は全て)	種類	小児肺炎球菌ワクチン	
	ワクチン名	バクニューバンス (15価)	
	ロット番号	△○○○○○○○	
	有効年月日	令和9年3月31日	
事故への対応 (保護者等への説明とその反応。必要に応じて血液検査や抗体検査の有無等を含む)	<p><b>接種券を見直した際に、把握。直ちに保護者へ電話にて説明し、謝罪。健康に過ごしているとのことであったため、引き続き健康観察を依頼した。</b></p> <p>※ 公表の有無 ( 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 )</p>		
健康被害の発生	健康被害の発生状況		有 <input checked="" type="radio"/> 無
	発生した場合 その内容	※どちらかに○をしてください	
間違いの原因	<p><b>当初予定していた接種日を変更したいと保護者から申し出があった際、接種間隔を確認せずに1週間倒しで予約をしてしまった。</b></p> <p><b>接種当日も、受付時(事務員)、接種時(医師)ともに接種間隔の確認を怠り、間違いに気づかず接種した。</b></p>		
再発防止策	<p><b>予約時に接種間隔を確認するように徹底する。特に、予約を変更する際は細心の注意を払う。</b></p> <p><b>接種当日には、受付時及び接種時に接種間隔の確認を徹底する。</b></p>		
その他			

# 予 防 接 種 受 託 報 酬 請 求 書

年 月 日

(宛先)

京都市長

コ ー ド 番 号

医療機関所在地

名称

氏名

下記のとおり請求します。

年 月分 請求金額 円

区 分	件数 (件)	単価 (円)	金額 (円)
ヒ ブ 予 防 接 種	1	8,940	
小児肺炎球菌予防接種	2	11,919	
B型肝炎予防接種	3	6,765	
		7,051	
		6,800	
四種混合予防接種 (DPT-IPV) (1期)	4	11,149	
		11,259	
D T 予 防 接 種 ( 1 期 )	5	6,017	
I P 予 防 接 種	6	9,994	
D T 予 防 接 種 ( 2 期 )	7	4,367	
M R 予 防 接 種 ( 1 期・2 期 )	8	11,732	
麻しん 予 防 接 種 ( 1 期・2 期 )	9	8,129	
風しん 予 防 接 種 ( 1 期・2 期 )	10	8,140	
日本脳炎 予 防 接 種 ( 1 期・2 期 )	11	7,178	
ヒトパピローマウイルス予防接種	12	16,144	
		29,069	
水 痘 予 防 接 種	13	10,714	
B C G ( 結 核 ) 予 防 接 種	14	12,914	
ロタウイルス予防接種	15	14,669	
		9,053	
五種混合予防接種 (DPT-IPV-Hib) (1期)	16	20,301	
		20,224	

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 発 行 申 請 書

令和 年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

下記のとおり、やむを得ず他都市において定期の予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

<b>予防接種の種類</b> * 希望するものに○を付けてください。	* 予防接種実施依頼書の効力は発行日から <b>3か月間</b> です。接種予定日をもう一度御確認ください。		
	・ 小児用肺炎球菌 : 初回接種 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種 ・ B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ ロタウイルス : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 5種混合 : 1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種 ・ 4種混合 : 1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種 ・ ヒブ ( H i b ) : 初回接種 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種 ・ DT : 2期 ・ 不活化ポリオ : 初回接種 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加接種 ・ 麻しん風しん混合 ( MR ) : 1期 ・ 2期 ・ 麻しん : 1期 ・ 2期 ・ 風しん : 1期 ・ 2期 ・ 水痘 : 1回目 ・ 2回目 ・ 日本脳炎 : 1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ) ・ 1期追加 ・ 2期 ・ ヒトパピローマウイルス ( HPV ) : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ BCG ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌		
ふりがな			
被接種者氏名	生年月日	大・昭 年 月 日 平・令	
被接種者住所 及び電話番号	〒 電話番号 京都市 区		
依頼書の宛名 (市区町村長か医療機関の院長か)	(注) 滞在先の自治体の予防接種担当部署に確認のうえ、以下該当するものに記入してください。 ・ 市区町村長 ( 都・道・府・県 市・区・町・村 ) ・ 医療機関 ( ) ・ その他 ( )		
他都市接種の理由			
滞在先住所 及び電話番号	〒 電話番号 様方		
依頼書送付先 *いずれかに○を付けてください。	被接種者住所 ・ 滞在先住所 ・ その他 ( 宛名 : 住所 : 〒 )		
接種予定日 *いずれかにご記入ください。	* 受理してから発送するまで、約2週間かかりますので、余裕を持って提出をお願いします。 ・ 予 約 済 ( 令和 年 月 日 ) ・ 未 定 ( 令和 年 月頃接種予定 ) ・ そ の 他 ( )		
本人接種意思確認 *いずれかに○を付けてください。	* 高齢者インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌の場合で、かつ、本人以外が申請する場合は、本人の接種意思を必ず確認してください。 接種意思あり ・ 接種意思なし又は未確認		
備考 (滞在先と依頼先が異なる理由等)			

保健福祉局医療衛生推進室  
 医療衛生企画課長 様

令和 年 月 日  
 \_\_\_\_\_ 区役所・支所保健福祉センター長  
 (担当者名 )

上記のとおり申請がありましたので、発行方依頼します。

# 予 防 接 種 実 施 願

年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

申請者氏名 .....  
 電話番号 ( ) - .....  
 被接種者との続柄 .....

私は、平成23年東日本大震災において被災したため、現在、京都市に居住しております。よって、京都市長による予防接種の実施をお願いします。

被接種者 について	ふりがな 氏 名
	生 年 月 日                      年                      月                      日
	保護者氏名
被災前の 住 所 <small>〔依頼書発行不可能 地域に限る。〕</small>	県
	電話番号 ( ) -
現 在 の 居 住 地	京都市 区
	電話番号 ( ) -

- \* この実施願は、予防接種法上の定期の予防接種（H i b感染症、小児肺炎球菌感染症、B型肝炎、ロタウイルス感染症、ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎（ポリオ）、結核（BCG）、麻しん、風しん、水痘、日本脳炎、及びヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん）、高齢者インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌）を対象としています。任意の予防接種には使用できませんので注意してください。
- \* この実施願の効力は、発行日から6か月間としています。ただし、高齢者インフルエンザについては、本市が定期接種を実施している期間に限ります。

**以下、保健福祉センター記入欄**

\_\_\_\_\_ 保健福祉センター発行

保健福祉センター確認欄

（宛先）京都市長

特別の事情による定期の予防接種対象者確認申請書

以下のとおり、対象者が特別の事情により定期の予防接種の機会を逸しましたが、このたび主治医から、裏面のとおりに当該特別の事情がなくなったため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

つきましては、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき定期の予防接種を受けたく、対象者であることの確認を申請します。

なお、下記の情報について、厚生労働省からの通知に基づき、厚生労働省に報告されることに同意します。

【申請者等】

ふりがな				対象者との続柄
申請者氏名				
住所	〒 ー			
電話番号				
ふりがな		性別	生年月日	
対象者氏名		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳 か月）	
定期予防接種を受けることができなかった特別の事情	次の1～4のうち該当するものに○を付け、疾病名等を余白に記載してください。 1 厚生労働省令に掲げる疾病（別紙）にかかったこと 2 臓器の移植を受けたあと、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 4 災害、ワクチンの大幅な供給不足等が発生したこと （疾病名等） その他の詳細については、裏面に主治医に記載してもらってください。			
これまでの予防接種歴				

【接種を希望する予防接種の種類等】

接種を希望する予防接種の種類及び回数 （該当するものに○を付けてください。）	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 小児用肺炎球菌【6歳に達するまでの間にある者※1】（1回目、追加）※どちらか1回のみ</li> <li>▪ B型肝炎（1回目・2回目・3回目）</li> <li>▪ 5種混合【15歳に達するまでの間にある者※1】（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）</li> <li>▪ 4種混合【15歳に達するまでの間にある者※1】（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）</li> <li>▪ 3種混合（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）</li> <li>▪ ヒブ（Hib）【10歳に達するまでの間にある者※1】（1回目、追加）※どちらか1回のみ</li> <li>▪ DT（2期）</li> <li>▪ 不活化ポリオ（1期初回1回目・2回目・3回目、1期追加）</li> <li>▪ 水痘（1回目・2回目）</li> <li>▪ 麻しん風しん混合（MR）（1期、2期、5期）</li> <li>▪ 麻しん（1期、2期）</li> <li>▪ 風しん（1期、2期、5期）</li> <li>▪ 日本脳炎（1期初回1回目・2回目、1期追加、2期）</li> <li>▪ ヒトパピローマウイルス（HPV）（子宮頸がん）（1回目・2回目・3回目）</li> <li>▪ BCG【4歳に達するまでの間にある者※1】</li> <li>▪ 高齢者肺炎球菌※2【過去に接種したことがある者は対象外】</li> </ul>	各区役所・支所 保健福祉センター収受印
接種医療機関		
住所／電話番号	／	

※1 「～歳に達するまで」とは、～歳の誕生日の前日までのことをいいます。  
 ※2 特別の事情がなくなった日から起算して1年間を対象とします。

（主治医記入欄）

表面の対象者（氏名： \_\_\_\_\_ ）が定期接種を受けることができなかった特別の事情の詳細は、以下のとおりです。

なお、この特別な事情がなくなったと認められる日は、 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日です。

〔 **定期予防接種を受けることができなかった特別の事情**（疾病名、定期の予防接種の対象者であった間に受けられなかった理由、その期間等）、**当該特別の事情がなくなった理由等の詳細を記載してください。** 〕

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_

様式1 (別紙)

分類	名称
悪性新生物	白血病、悪性リンパ腫、ランゲルハンス（細胞）組織球症(Histiocytosis X)、 神経芽細胞腫、ウィルムス腫瘍、肝芽腫、網膜芽細胞腫、骨肉腫、横紋筋肉腫、 ユーイング肉腫、末梢性神経外胚葉腫瘍、脳腫瘍
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症、慢性活動性EBウイルス感染症、 慢性GVHD (Graft Versus Host disease、移植片対宿主病)、骨髄異形成症候群、 再生不良性貧血、自己免疫性溶血性貧血、特発性血小板減少性紫斑病、 先天性細胞性免疫不全症、無ガンマグロブリン血症、重症複合免疫不全症、 バリアブル・イムノデフィシエンシー、ディジョージ症候群、 ウィスコット・アルドリッチ症候群、後天性免疫不全症候群(AIDS、HIV感染症)、 自己炎症性症候群
神経・筋疾患	ウェスト症候群 (點頭てんかん)、レノックス・ガストウ症候群、 重症乳児ミオクロニーてんかん、コントロール不良な「てんかん」、Werdnig Hoffmann 病、 先天性ミオパチー、先天性筋ジストロフィー、ミトコンドリア病、ミニコア病、 無痛無汗症、リー脳症、レット症候群、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、重症筋無力症、 ギラン・バレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、ペルオキシソーム病、 ライソゾーム病、亜急性硬化性全脳炎(SSPE)、結節性硬化症、 神経線維腫症Ⅰ型 (レックリングハウゼン病)、神経線維腫症Ⅱ型
慢性消化器疾患	肝硬変、肝内胆管異形成症候群、肝内胆管閉鎖症、原発性硬化性胆管炎、 先天性肝線維症、先天性胆道拡張症 (先天性総胆管拡張症)、 胆道閉鎖症 (先天性胆道閉鎖症)、門脈圧亢進症、潰瘍性大腸炎、クローン病、 自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変、劇症肝炎、膵嚢胞線維症、慢性膵炎
慢性腎疾患	ネフローゼ症候群、巣状糸球体硬化症、慢性糸球体腎炎、急速進行性糸球体腎炎、 グッドパスチャー症候群、バーター症候群
慢性呼吸器疾患	気管支喘息、慢性肺疾患、特発性間質性肺炎
慢性心疾患	期外収縮、心房又は心室の細動、心房又は心室の粗動、洞不全症候群、 ロマノ・ワルド症候群、右室低形成症、心室中隔欠損症、 心内膜床欠損症 (一次口欠損症、共通房室弁口症)、 心房中隔欠損症 (二次口欠損症、静脈洞欠損症)、単心室症、単心房症、動脈管開存症、 肺静脈還流異常症、完全大血管転位症、三尖弁閉鎖症、大血管転位症、大動脈狭窄症、 大動脈縮窄症、肺動脈閉鎖症、両大血管右室起始症、特発性肥大型心筋症、 特発性拡張型心筋症、小児原発性肺高血圧症、高安病 (大動脈炎症候群)
内分泌疾患	異所性副腎皮質刺激ホルモン症候群、下垂体機能低下症、アジソン病、クッシング症候群、 女性化副腎腫瘍、先天性副腎皮質過形成、男性化副腎腫瘍、副腎形成不全、副腎腺腫
膠原病	シェーグレン症候群、若年性関節リウマチ、スチル病、ベーチェット病、 全身性エリテマトーデス、多発性筋炎・皮膚筋炎、サルコイドーシス、川崎病
先天性代謝異常	高オルニチン血症ー高アンモニア血症ーホモシトルリン尿症症候群、先天性高乳酸血症、 乳糖吸収不全症、ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症、 ウイルソン病 (セルロプラスミン欠乏症)、メチルマロン酸血症
アレルギー疾患	食物アレルギー
先天異常	先天奇形症候群、染色体異常

様式 2

保 医 医 第 号  
令 和 年 月 日

(協力医療機関) 様

京都市長 松 井 孝 治  
〔担当 保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課〕  
0 7 5 - 2 2 2 - 4 4 2 1

特別の事情による定期の予防接種対象者確認書

やむを得ない特別の事情により定期の予防接種の機会を逸した下記の者から予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づく実施に係る申請があり、本市として、当該特別の事情があったことを確認しました。

つきましては、下記の予防接種を、予防接種法その他の関係法令に基づき定期の予防接種として実施することを認めますので、よろしくお取り計らいますようお願いいたします。

記

ふりがな		性別	生年月日
対象者氏名			
定期予防接種を受けることができなかった特別の事情			
接種を希望する予防接種の種類	(1 予防接種につき 1 枚発行)		
定期の予防接種と認める期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

※接種に係る委託料の請求の際には、予防接種券に本書のコピーを添付してください。

重要

令和7年度 京都市が実施する個別接種に係る委託単価一覧表

予防接種名		委託単価 <small>(接種1回につき。消費税及び地方消費税相当分を含む。)</small>	被接種者 自己負担金	
定期	ヒブ (H i b)	8,940円	無料	
	小児肺炎球菌	11,919円		
	B型肝炎 (ビームゲン0.25mlを使用した場合)	6,765円		
	(ビームゲン0.5mlを使用した場合)	7,011円		
	(ヘプタバックス0.25mlを使用した場合)	6,803円		
	四種混合 (DPT-I PV) 第1期 (クアトロバックを使用した場合)	11,149円		
	(テトラビックを使用した場合)	11,259円		
	DT第1期	6,017円		
	IPV	9,994円		
	DT第2期	4,367円		
	MR第1期及び第2期	11,732円		
	麻しん第1期及び第2期	8,129円		
	風しん第1期及び第2期	8,140円		
	風しん第5期 (MRワクチンを使用した場合)	10,500円		
	(風しん単体ワクチンを使用した場合)	6,600円		
	日本脳炎第1期及び第2期	7,178円		
	ヒトパピローマウイルス感染症 (2価・4価ワクチンを使用した場合)	16,144円		
	(9価ワクチンを使用した場合)	29,069円		
	水痘	10,714円		
	BCG (結核)	12,914円		
	ロタウイルス (ロタリックスを使用した場合)	14,669円		
	(ロタテックを使用した場合)	9,053円		
	五種混合 (DPT-I PV-H i b) 第1期 (クイントバックを使用した場合)	20,301円		
	(ゴービックを使用した場合)	20,224円		
	高齢者肺炎球菌	(シリンジ) 4,244円		4,000円
	〃 (市・府民税非課税者)	(シリンジ) 6,244円		2,000円
〃 (生活保護受給者等)	(シリンジ) 8,244円	無料		
带状疱疹 (生ワクチンを使用した場合)	4,459円	4,000円		
带状疱疹 (生ワクチンを使用した場合) (生活保護受給者等)	8,459円	無料		
带状疱疹 (不活化ワクチンを使用した場合)	3,659円	18,000円		
带状疱疹 (不活化ワクチンを使用した場合) (生活保護受給者等)	21,659円	無料		
任意	風しん (任意接種) (MRワクチンを使用した場合)	7,000円	3,500円	
	(風しん単独ワクチンを使用した場合)	4,400円	2,200円	
不適格診断 (高齢者肺炎球菌・風しん (任意接種) 以外)		3,894円	無料	
〃 (高齢者肺炎球菌・風しん (任意接種))		3,069円		

(注意事項)

- 各委託単価には、それぞれのワクチン代を含んでいますので、ワクチンは各医療機関において購入してください。
- 不適格診断とは、予防接種を実施するために予診を行った結果、被接種者が将来にわたって接種不可であると判断した場合をいいます。
- 上記の委託料については、予防接種の実施に係る御協力をお申し出いただいている種類のみ請求可能です。実施いただける予防接種の変更等 (予防接種の中止、種類の追加、接種医師の変更、住所の変更等) がある場合は、至急御連絡ください。京都府医師会に所属されている場合の連絡先は、京都府医師会地域医療1課 (TEL075-354-6109) です。

# 予 防 接 種 受 託 報 酬 請 求 書

07.04

(宛先)  
京都市長

年 月 日

医療機関所在地

コ ー ド 番 号

名称

氏名

下記のとおり請求します。

年 月分 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

区 分	件数 (件)	単価 (円)	金額 (円)
ヒ ブ 予 防 接 種	1	8,940	
小児肺炎球菌予防接種	2	11,919	
B型肝炎予防接種	3	6,765	
	3	7,011	
	3	6,803	
四種混合予防接種 (DPT-IPV) (1期)	4	11,149	
		11,259	
D T 予 防 接 種 ( 1 期 )	5	6,017	
I P V 予 防 接 種	6	9,994	
D T 予 防 接 種 ( 2 期 )	7	4,367	
M R 予 防 接 種 ( 1 期 ・ 2 期 )	8	11,732	
麻 し ん 予 防 接 種 ( 1 期 ・ 2 期 )	9	8,129	
風 し ん 予 防 接 種 ( 1 期 ・ 2 期 )	10	8,140	
日 本 脳 炎 予 防 接 種 ( 1 期 ・ 2 期 )	11	7,178	
ヒトパピローマウイルス予防接種 <small>※サーバリックス及びガーダシルの合算</small>	12	16,144	
		29,069	
水 痘 予 防 接 種	13	10,714	
B C G ( 結 核 ) 予 防 接 種	14	12,914	
ロタウイルス予防接種	15	14,669	
		9,053	
五種混合予防接種 (DPT-IPV-Hib) (1期)	16	20,301	
		20,224	

保育園  
5歳児  
クラス

幼稚園  
年長さん

# 1年生になる前に 麻疹・風しんの 予防接種2回目を 忘れないで



はしか(麻疹)に  
かかる人が全国的に  
増えています!



令和7年度の第2期対象者は  
平成31年4月2日～令和2年4月1日生まれです

定期  
予防接種  
対象者

- 第1期: 1歳児  
1歳の誕生日を迎えたら早めに接種を
- 第2期: 小学校就学前の1年間  
保育園5歳児クラス、幼稚園年長組に相当する方

費用 無料

接種場所 京都市予防接種協力医療機関

接種方法 MR(麻疹・風しん混合)ワクチンを各期で1回接種

問合せ先

京都市保健福祉局医療衛生企画課  
TEL 075-222-4421  
FAX 075-708-6212

詳細は  
京都市のHPを  
ご覧ください



SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS

京都市は  
持続可能な開発目標(SDGs)を  
支援しています。



この印刷物が不要になれば  
「雑がみ」として古紙回収等へ!



発行: 京都市保健福祉局 医療衛生推進室医療衛生企画課  
京都市印刷物 第070467号  
発行年月: 令和7年4月  
掲示期間: 令和8年3月31日まで

⑦⑥予防接種済証

1×100×1,100 冊

( ) 定期予防接種済証

{ 第 期初回 接種 回目 }  
追加

住 所 京都市 区

氏 名

年 月 日生

ワクチンの種類 (ワクチン名)	メーカー/ロット	備 考

予防接種を行った年月日

年 月 日

京 都 市 長

年 月 日

接種医師氏名





## 京都市予防接種関係書類

差出人



京都市  
CITY OF KYOTO

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

京都市保健福祉局

医療衛生推進室 医療衛生企画課

TEL(075)222-4421 / FAX(075)708-6212