成人用肺炎球菌感染症予防接種実施要領

大牟田市管内実施医療機関用

大牟田市保健福祉部保健衛生課

保健予防担当　＜電話＞0944-41-2669

<目 次>

1. 実施医療機関・・ 3

2. 公費負担の対象者・・・ 3

3. 接種費用・・・ 3

(1)自己負担金・・・ 3

(2)自己負担金免除の取扱い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

＊具体的な取扱い(自己負担金免除関係) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

① 自己負担金免除決定通知書を提示された場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
② 生活保護受給証明書を提示された場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

4. 実施(接種)方法・・ 5
(1)実施(接種)期間 (2)実施(接種)回数 (3)実施(接種)部位 (4)実施(接種)量 (5)その他

5. ワクチン・・・ 6
(1)種類 (2)使用上の注意 (3)予診票 (4)説明書 (5)公費負担の対象者の確認
(6)体温測定 (7)予診票のチェック (8)異なる予防接種との接種間隔
(9)接種不適当者及び接種要注意者

6. 予診票への記載事項・・ 7
(1)医師の記入欄 (2)判定・接種年月日 (3)接種経路 (4)医療機関記入欄
(5)被接種者のサイン

7. 予防接種済証の発行・・ 8

8. 副反応(健康被害)・・・ 8

9. 委託料の請求及び支払い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
(1)委託料の請求 (2)委託料の支払い

10. 協議・・ 9

11. 準用・・ 9

12. 附則・・ 9

各種様式等・・

1. 実施医療機関

本市が委託する医師会に所属する医療機関(以下、「医療機関」という。)において、実施するものです。

2. 公費負担の対象者

経過措置(5歳刻み)による対応は令和 5 年度末をもって終了

(1) 市内に住民登録があり、接種日当日に 65 歳の方

※新たに 65 歳の誕生日を迎える方に個別通知を発送します。

発送のタイミングは 65 歳の誕生日を迎える月の初旬。

※医療機関において、対象者の証明となる【様式①】を必ず確認してください。

>11ページ
[様式①]「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ

(2) 市内に住民登録があり、接種日当日 60 歳以上 65 歳未満で日常生活が極度に制限される程度の心臓・腎臓又は呼吸器の機能障害及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障害が認められる方。

身体障害者手帳 1 級の方が対象です。手帳の写しを予診票に添付して下さい。別添資料 1

>12ページ
[別添資料1] 身体障害者手帳

【注意】

- 経過措置「当該年度に 70、75、80、85、90、95、100 歳になる方」の対応は令和 6 年 3 月 31 日で終了しました。上記2. (1)、(2)以外の方の接種はすべて任意接種です。
- 身体障害者手帳 1 級をお持ちの方でも、上記2. (2)以外の障害(視覚、聴覚、肢体不自由)の方は対象外です。
- 身体障害者手帳1級に認定されていない方で、別添資料 2 を参考に該当する場合は、医師の診断書等の添付が必要です。なお、診断書料は自己負担となります。

>13ページ
[別添資料2] 肺炎球菌予防接種実施要領2-(2)に関する資料

3. 接種費用

(1) 自己負担金

1人につき『3,000 円』の自己負担金を徴収してください。

予診票の医療機関記入欄の【有料】を〇で囲んでください。

医療機関記入欄	有　料(自己負担金徴収)　・　無　料　(確認した書類について次の1～5に〇を記入してください。)
確　認　者	1. 免除決定通知書　2. 介護保険料納入通知書(保険料段階1～3段階に限る)　3. 介護保険負担限度額認定証
(　　)	4. 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証　5. 生活保護証明書

市民税非課税世帯に属する方、生活保護を受給している方については、下記の「(2)自己負担金免除の取扱い」に基づく確認書類の提示を求め、無料で実施してください。

(2) 自己負担金免除の取扱い

上記「2.公費負担の対象者」のうち、市民税非課税世帯に属する方、生活保護を受給している方については、一部負担金の徴収を免除します。

自己負担金免除者の場合は、接種前に、自己負担金免除者であることがわかる書類(下表)を確認して下さい。

自己負担金免除者であることがわかる書類	
生活保護世帯の方	市民税非課税世帯の方
［様式②］ 生活保護受給証明書	［様式③］ 自己負担金免除決定通知書

＞14ページ
［様式②］生活保護受給証明書

＞15ページ
［様式③］自己負担金免除決定通知書

【注意】

- 令和６年度より予防接種の対象者が 65 歳のため、「介護保険料納入通知書」、「介護保険負担限度額認定通知書」、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」を自己負担金免除者の確認書類から除外します。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊具体的な取扱い＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

❶ 様式③「自己負担金免除決定通知書」を提示された場合

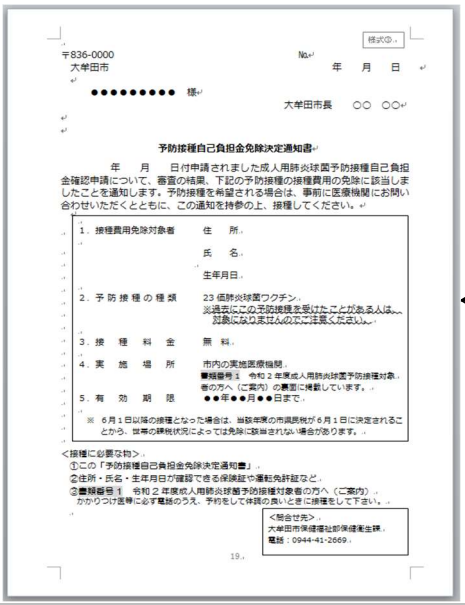
医療機関において確認する書類	
［様式①］「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ	⊕［様式③］自己負担金免除決定通知書

＞11ページ
［様式①］「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ

＞15ページ
［様式③］自己負担金免除決定通知書

手順１

対象者が提示した**【［様式③］自己負担金免除決定通知書】**の免除対象者及び有効期限を確認してください。



予防接種自己負担金免除決定通知書

年　月　日付申請されました成人用肺炎球菌予防接種自己負担金確認申請について、審査の結果、下記の予防接種の接種費用の免除に該当しましたことを通知します。予防接種を希望される場合は、事前に医療機関にお問い合わせいただくとともに、この通知を持参の上、接種してください。

１．接種費用免除対象者	住　所 氏　名 生年月日
２．予防接種の種類	23 価肺炎球菌ワクチン ※過去にこの予防接種を受けたことがある人は、対象になり来はんの次に注意ください。
３．接種料金	無　料
４．実施場所	市内の実施医療機関 ※接種券※１　令和２年度成人用肺炎球菌予防接種対象者の方へ（ご案内）の裏面に掲載しています。
５．有効期限	●●年●●月●●日まで

※　６月１日以降の接種となった場合は、当該年度の市民税が６月１日に決定されることから、世帯の課税状況によっては免除に該当しない場合があります。

＜接種に必要な物＞

①この「予防接種自己負担金免除決定通知書」

②住所・氏名・生年月日が確認できる保険証や運転免許証など

③※接種券※１　令和２年度成人用肺炎球菌予防接種対象者の方へ（ご案内）

かかりつけ医等に必ず電話のうえ、予約をして体調の良いときに接種をして下さい。

＜問合せ先＞
大牟田市保健福祉部保健衛生課
電話：0944-41-2669

19

免除対象者の氏名及び有効期限を確認

医療機関記入欄	
確　認　者 （　　）	**有　料**（自己負担金徴収）　・　**無　料**（確認した書類について次の１～５に○を記入してください。） １．免除決定通知書　２．介護保険料納入通知書（保険料段階１～３段階に限る）　３．介護保険負担限度額認定証 ４．後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証　５．生活保護証明書

重要　自己負担金免除決定通知書 様式③ は
委託料請求の際に予診票に必ず添付して下さい

❷ 様式②「生活保護受給証明書」を提示された場合

医療機関において確認する書類	
［様式①］「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ	⊕ ［様式②］生活保護受給証明書

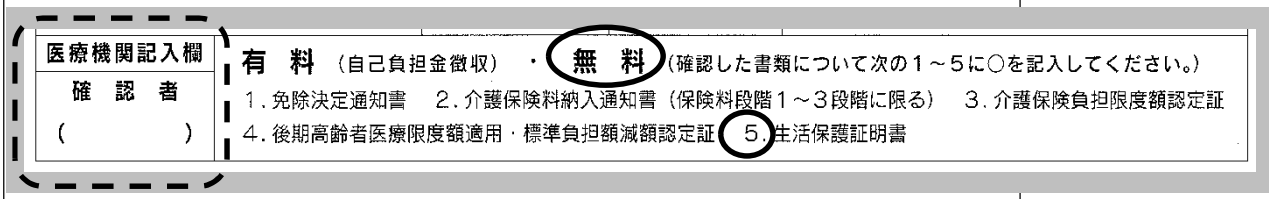
＞11ページ
［様式①］「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ
＞14ページ
［様式②］生活保護受給証明書

手順1

対象者が提示した**【生活保護受給証明書】**の対象者の名前等を確認してください。

手順 2

予診票の医療機関記入欄の**【無料】**と該当する番号 5 を〇印で囲み、**【確認者】**欄に確認者の記名をお願いします(押印可)。



重要 **生活保護受給証明書 様式② は、委託料請求の際に予診票に必ず添付して下さい**

＞14ページ
［様式②］生活保護受給証明書

4. 実施(接種)方法

(1) 実施(接種)期間

通年

(2) 実施(接種)回数

1 回

過去の任意接種において23価肺炎球菌 莢(さよつまく) 膜ポリサッカライドワクチンを１回以上接種した方、ならびに、平成 26 年度から令和5年度の間に定期接種において23価肺炎球菌 夾(きょうまく) 膜ポリサッカライドワクチンを接種した方は対象外です。

(3) 実施(接種)部位

筋肉内又は皮下に注射

(4) 実施(接種)量

0.5ml

(5) その他

個別予防接種の実施に当たっては、予防接種法、同法施行令、同法施行規則及び予防接種ガイドライン（以下、「ガイドライン」という。）により行って下さい。

5．ワクチン

（1） 種類

23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン

（2） 使用上の注意

ワクチンの使用に際しては、有効期限内であるかどうか確認してください。取り扱い等については、ワクチン添付の文献を参照して下さい。

（3） 予診票

白色紙に黒色印刷、ノーカーボンの2部複写です。

※予診票は、医師会及び大牟田市保健福祉部保健衛生課に備えています。

（4） 説明書

予診票記入の際、被接種者に読ませて下さい。

（5） 公費負担の対象者の確認

受付時に予診票に記載の住所、氏名、生年月日を健康保険証、運転免許証等での照合により公費負担の対象者であるか否かを確認して下さい。

（6） 体温測定

医療機関にて接種前に測定して下さい。

明らかな発熱とは、37.5℃以上の方です。

（7） 予診票のチェック

① 肺炎球菌の接種履歴の確認

問診等で可能な限り接種歴を確認して下さい。接種歴がある方は対象外となり、定期接種できません。

② 体温

体温は適切に測定し、37.5℃（腋窩温又はこれに相当するもの）以上を指す者は明らかな発熱者として接種を行わないで下さい。

③ 予防接種の効果や副反応についての事前確認

被接種者が当日受ける予防接種の必要性を理解しているかを確認して下さい。

「はい」の場合でも内容の理解ができているかを確認して下さい。

④ 当日の体の具合

どのように具合が悪いかを記入させ、その病気の種類により、医師の判断で接種の可否を判断して下さい。

⑤ 最近1か月の状態

重篤な急性疾患に罹患している場合は接種を行わないで下さい。

⑥ 既往歴、現病歴

病気の種類を知り、接種についての対応を決めるものです。継続して治療を受けている場合は、原則としてかかりつけ医が判断して接種を行って下さい。

病気の内容によっては、かかりつけ医が予防接種に関する専門医等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上で、かかりつけ医以外の予防接種に関する専門医等が接種することができます。

（8） 接種不適当者及び接種要注意者

接種不適当者及び接種要注意者は次に掲げるとおりです。
被接種者が接種不適当者である場合には接種を行わないで下さい
また、被接種者が接種要注意者の場合は健康状態及び体質を勘案し、注意して接種して下さい。詳しくは、ガイドラインを参照して下さい。

接種不適当者

① 明らかな発熱を呈している方（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方
③ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある方
④ 予防接種で 2 日以内に発熱のみられた方、又は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方

接種要注意者

① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな方
② 過去にけいれんの既往のある方

6. 予診票への記載事項

（1） 医師の記入欄

接種のための問診、視診及び聴診等の後、医師の記入欄「1.可能 2.見合わせる」を記入して下さい。

医師のサインは、必ず自筆となっています。（医師のゴム印の場合は認印を押して下さい。）

（2） 判定・接種年月日

判定・接種年月日」「ロットNo.」「医療機関コード番号」「判定・接種医の住所、氏名」を必ず記入して下さい。（シール、ゴム印等可）

※ シールの場合はロットNo.の真中に貼付して下さい。

【接種を見合わせた場合】
「判定年月日」のみ記入し「ロットNo.」は記入しないで下さい。

（3） 接種経路

接種箇所（皮下・筋肉内）のどちらかを〇で囲んでください。

（4） 医療機関記入欄

前述4ページの「3. 接種費用」の「（2）自己負担金免除の取扱い」に従って記入して下さい。

（5） 被接種者のサイン

予診の結果を知らせた上で、接種可能な場合は、接種医師が必ず被接

種者本人に対し接種.の意思を確認し、予診票への記入を求めて下さい。
なお、予診票の氏名には、フリガナの記入も求めて下さい。
意思の確認ができない場合は接種できません。
接種を見合わせる場合は、見合わせることを確認し、記入を求めて下さい。本人が署名できない場合は、接種の意思を確認したうえで、代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄の記入を求めて下さい。
※ 代筆者は家族に限ります。
ただし、家族がいない場合はこの限りではありません。

7. 予防接種済証の発行

接種した場合は、必ず被接種者の住所、氏名、接種年月日等を記入した成人用肺炎球菌予防接種済証を発行して下さい。
発行の際には、左上に連番で発行番号を入れ、医療機関の印(医療機関名、医師のゴム印)と医師の認印を押印して交付して下さい。
2 部複写の 2 枚目は控えとなります。医療機関で保管して下さい。

8. 副反応(健康被害)

予防接種後の副反応等については「ガイドライン」を参照してください。

(1) 被接種者に対して、接種後の注意、副反応及び健康状態に留意するよう指導するとともに、通常みられる副反応のほか、高熱、嘔吐、けいれん、その他異常な症状があるときは、速やかに医師の診察を受けるよう指導して下さい。

(2)接種医は、予防接種による健康被害と思われる事例が発生した場合、**別紙様式1**を用い、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAX(0120-176-146)にて報告して下さい。

＞16-18ページ
[別紙様式1] 予防接種後副反応疑い報告書

9. 委託料の請求及び支払い

(1) 委託料の請求

委託料請求に当たっては、**別添資料３**に従って、「成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書」**別紙様式２**と予診票を取りまとめ、接種日の翌月 10 日までに(3 月分については接種後速やかに)大牟田医師会もしくは大牟田市保健衛生課へ提出して下さい。

※ 予防接種委託料請求書は本市のホームページからダウンロードできます。
※ 予診票は 1 枚目の「 ①市提出用」を添付して下さい。

＞19ページ
[別添資料3] 請求書綴り順について
＞20ページ
[別紙様式 2] 委託料請求書

重要 **すべての予診票には、「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ 様式① 」を必ず添付して下さい。**

＞11ページ
[様式①] 「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ

（2）　委託料の支払い

本市が正当な請求を受理した日から起算して 30 日以内に、指定の預金口座に振り込みます。

※ 委託料請求書ならびに予診票の控は各医療機関で保管をお願いします。
※ 大牟田市保健福祉部保健衛生課では、医療レセプトに準じ 5 年間保管後焼却しています。

10. 協議

この要領に定めるもののほか、運用等について必要な事項は、別に市長と医師会長が協議して定めます。

11. 準用

この要領は、大牟田医師会に属さない病院等で、本市と予防接種の実施について委託契約を締結した医療機関にも適用します。

この場合、本文中「医師会」または「医療機関」とあるのは、「本市と委託契約を締結した医療機関」と読み替えます。

12. 附則

この要領は令和 6 年 4 月 1 日より施行する。

各種様式等

様式1

接種の際に①又は②のハガキを持参されます

「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ

この通知は新たに 65 歳になった方で、**令和〇年〇月１日時点において、本市に公費助成による接種歴がない方**にお送りしています。
（すでに接種が済まれている方に届いた場合や何か行き違いがある場合はご容赦ください。）

接種期限 ： 66 歳になる前日まで
使用するﾜｸﾁﾝ ： ﾆｭｰﾓﾊﾞｯｸｽ NP
料　　金 ： 3,000 円

市ホームページ

＊市民税非課税世帯・生活保護の方は無料
＊非課税世帯・生活保護の方は、そのことを証明できる書類が必要になります。
（生活保護受給証明書など）
詳細はＱＲコードからホームページをご確認ください。

・接種可能な医療機関はホームページをご確認ください。
・上記の接種期限を過ぎると全額自己負担になります。この機会を逃さないよう早めに接種をお願いします。

◆ 接種にはこのはがきが必要です。接種される医療機関に身分証明書と併せてご持参ください。また、接種を受ける場合は、事前に医療機関へ日程等お問合わせください。

【医療機関の皆様へ】
このハガキは、委託料請求の際、予診票に必ず添付して下さい。

【問合せ先】大牟田市保健福祉部保健衛生課（☎0944-41-2669）

① 新たに65歳になった方への勧奨はがき
（65歳の誕生日を迎える前月の初旬に送付）

「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ

この通知は現在 65 歳の方で、**令和〇年〇月１日時点において、本市に公費助成による接種歴がない方**にお送りしています。
（すでに接種が済まれている方に届いた場合や何か行き違いがある場合はご容赦ください。）

接種期限 ： 66 歳になる前日まで
使用するﾜｸﾁﾝ ： ﾆｭｰﾓﾊﾞｯｸｽ NP
料　　金 ： 3,000 円

市ホームページ

＊市民税非課税世帯・生活保護の方は無料
＊非課税世帯・生活保護の方は、そのことを証明できる書類が必要になります。
（生活保護受給証明書など）
詳細はＱＲコードからホームページをご確認ください。

・公費で接種ができる期限が近づいています。
・接種可能な医療機関はホームページをご確認ください。
・66 歳の誕生日を迎えると全額自己負担になります。この機会を逃さないよう早めに接種をお願いします。

◆ 接種にはこのはがきが必要です。接種される医療機関に身分証明書と併せてご持参ください。また、接種を受ける場合は、事前に医療機関へ日程等お問合わせください。

【医療機関の皆様へ】
このハガキは、委託料請求の際、予診票に必ず添付して下さい。

【問合せ先】大牟田市保健福祉部保健衛生課（☎0944-41-2669）

② 66歳の誕生日が近い方へ再勧奨
（公費で接種できる期限が短い方へ送付）

別添資料１

身体障害者手帳

福岡県 第　　号　　年　月　日 交付
年　月　日 再交付

氏名

生年月日　　年　月　日
障害等級　　JR 旅客運賃の減額

級　第　　種

福岡県

障害名	
再認定	再認定の時期 / 障害種別

本人の欄		
現住所	転入年月日	確認印等

保護者の欄		
氏名	現住所	確認印等

別添資料２

肺炎球菌予防接種実施要領２－（２）に関する資料

対象者

肺炎球菌感染症について、①65 歳の者、及び、②60 歳以上 65 歳未満の者であって一定の心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものを対象者としたこと。

心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害の程度は、次のいずれかに該当するものであること。なお、これらに該当することについては、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなど、接種対象者であることの認定に必要と思われる資料の提出を求められたいこと。（施行令第１条の２、施行規則第２条の２関係）

1. 心臓機能障害

（ア）次のいずれか二以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身辺の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰返しアダムスストークス発作が起こるもの。

a 胸部エックス線写真所見で心胸比 0.6 以上のもの
b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
c 心電図で脚ブロック所見があるもの
d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
g 心電図での低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただしV1を除く。）のいずれかのTが逆転した所見があるもの

（イ）人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

2. じん臓機能障害

じん臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランス値が 10ml/分未満又は血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dl 以上であって、かつ、自己の身辺の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの

3. 呼吸器機能障害

予測肺活量 1 秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が 20 以下のもの又は動脈血酸素分圧が 50Torr 以下のもの。予測肺活量１秒率とは、１秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長の組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

4. ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

（ア） CD4 陽性Ｔリンパ球数が 200/μl 以下で、次の項目（a～l）のうち６項目以上が認められるもの。

a 白血球について 3,000/μl未満の状態が四週間以上の間隔をおいた検査において連続して２回以上続く
b Hb 量において男性 12g/dl 未満、女性 11g/dl 未満の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
c 血小板について 10 万/μl 未満の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
d ヒト免疫不全ウイルス－RNA 量について 5,000 コピー/ml 以上の状態が 4 週間以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く
e １日１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に７日以上ある
f 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
g 月に７日以上の不定の発熱（38 度以上）が２か月以上続く
h １日に３回以上の泥状ないし水様下痢が月に７日以上ある
i １日に２回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に７日以上ある
j 口腔内カンジタ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある
k 生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
l 軽作業を越える作業の回避が必要である

（イ）回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

様 式 ②

宛　　先

保証第　　号

生活保護受給証明書

住　所			
氏　名	生年月日	開　始　日	廃　止　日
以　下　余　白			

保護の種類　　02289

生活扶助・住宅扶助・医療扶助

受 給 期 間

年　月　日　から

上記世帯は、生活保護法により保護を受給していることを証明します。

使 用 目 的

肺炎球菌ワクチン予防接種

年　月　日

大牟田市福祉事務所長　大牟田市福祉事務所長 保護課

様式③

〒836-0000　　№

大牟田市　　年　月　日

●●●●●●●●●　様

大牟田市長　　○○　○○

予防接種自己負担金免除決定通知書

年　月　日付申請されました成人用肺炎球菌予防接種自己負担金確認申請について、審査の結果、下記の予防接種の接種費用の免除に該当しましたことを通知します。予防接種を希望される場合は、事前に医療機関にお問い合わせいただくとともに、この通知を持参の上、接種してください。

1．接種費用免除対象者	住　所 氏　名 生年月日
2．予防接種の種類	23 価肺炎球菌ワクチン ※過去にこの予防接種を受けたことがある人は、対象になりませんのでご注意ください。
3．接種料金	無　料
4．実施場所	市内の実施医療機関 右の QR コードから医療機関一覧をご確認下さい
5．有効期限	●●年●●月●●日まで ↑66 歳の誕生日の前日の日付

QR コード

※　6月 1 日以降の接種となった場合は、当該年度の市県民税が 6 月 1 日に決定されることから、世帯の課税状況によっては免除に該当されない場合があります。

＜接種に必要な物＞

①この「予防接種自己負担金免除決定通知書」

②住所・氏名・生年月日が確認できる保険証や運転免許証など

③書類番号 1　「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ（ハガキ）

かかりつけ医等に必ず電話のうえ、予約をして体調の良いときに接種をして下さい。

＜問合せ先＞
大牟田市保健福祉部保健衛生課
電話：0944-41-2669

（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） （定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載）	フリガナ	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

（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	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）

別添資料3

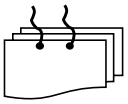
成人用肺炎球菌予防接種 請求書等綴り順について

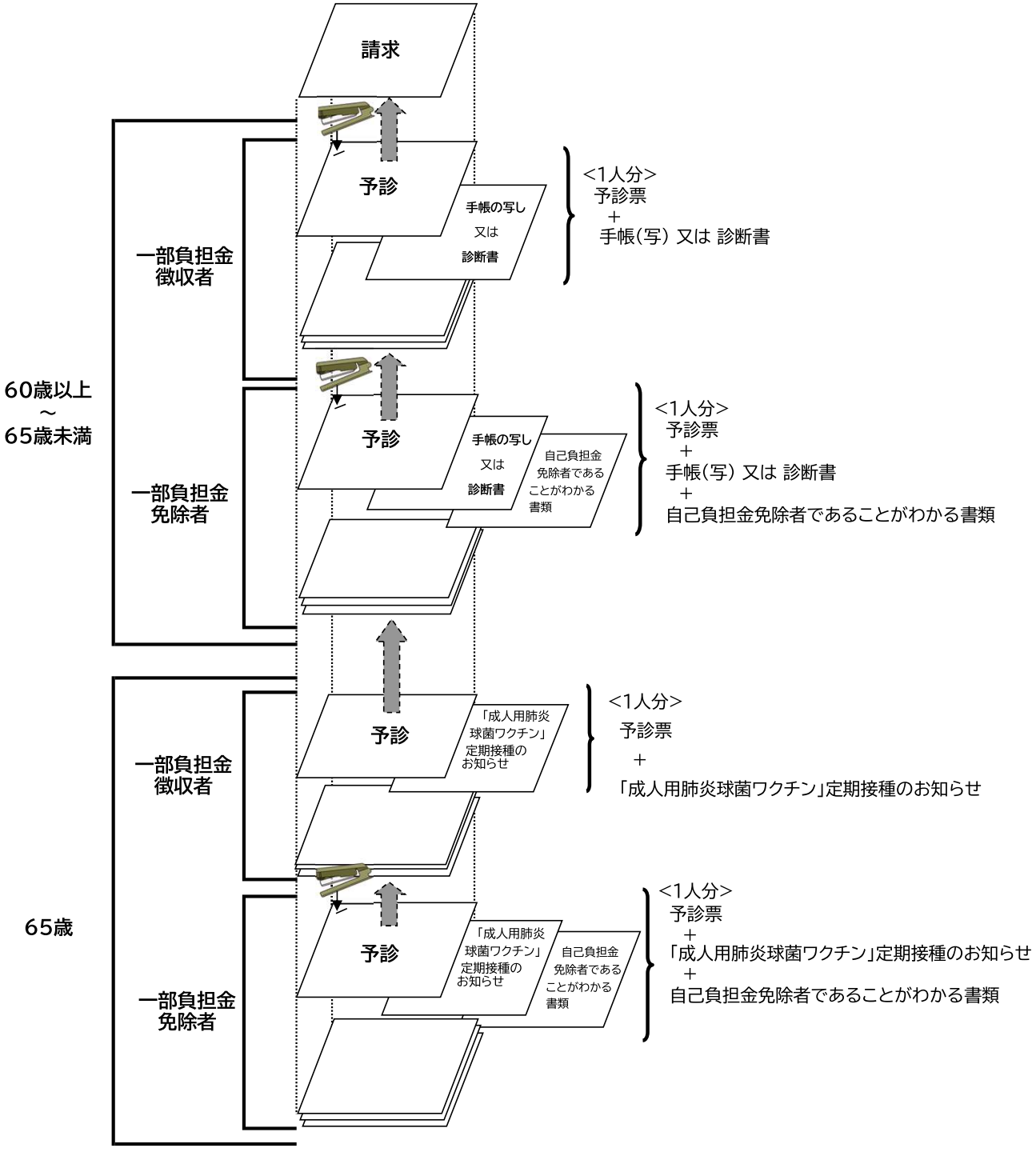
請求書等は、事務の迅速化のため、下記のように綴じて提出して下さい。

綴じ順：上から次の順に綴じてください。

①「請求書」
②60～65歳未満の一部負担金徴収者　⇒「予診票」+「身体障害者手帳(写)又は診断書」
③　〃　免除者　⇒「予診票」+「身体障害者手帳(写)又は診断書」+「自己負担金免除者であることがわかる書類」
④65歳の一部負担金徴収者　⇒「予診票」+「令和5年度成人用肺炎球菌予防接種対象者の方へ(ご案内)」
⑤　〃　免除者　⇒「予診票」+「令和5年度成人用肺炎球菌予防接種対象者の方へ(ご案内)」
+「自己負担金免除者であることがわかる書類」

※ 予診票の数が多い場合は、全体を紐等で綴じて下さい。





<1人分>
予診票
＋
手帳(写) 又は 診断書

<1人分>
予診票
＋
手帳(写) 又は 診断書
＋
自己負担金免除者であることがわかる書類

<1人分>
予診票
＋
「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ

<1人分>
予診票
＋
「成人用肺炎球菌ワクチン」定期接種のお知らせ
＋
自己負担金免除者であることがわかる書類

別紙様式2

（大牟田市提出用）

成人用肺炎球菌予防接種委託料請求書

（ 令和　　年　　月分）

区分		委託料	件数	金額	備考
接種者	一部負担金徴　　収	5,646			
	一部負担金 免除	8,646			
不可者		3,201			
合計					

【お願い】

一部負担金免除者は、必ず該当する証明書（予防接種自己負担金免除決定通知書、保護証明書等）を予診票に添付してください。

上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

医療機関コード番号

医療機関所在地

名　称

開設者の氏名または名称

大 牟 田 市 長　殿