

令和 7 年度
高齢者インフルエンザ予防接種実施要領

大牟田市保健福祉部保健衛生課

＜目 次＞

1. 実施機関	3
2. 公費負担の対象者	3
3. 一部負担金の徴収	3
(1) 徴収	
(2) 免除の取扱い	
「生活保護受給証明書」の提出を受けた場合	
4. 接種方法	4
(1) 接種期間	
(2) 接種回数	
(3) 接種部位	
(4) 接種量	
5. ワクチン	4
(1) ワクチン	
(2) 使用	
6. 接種上の注意	4
(1) 予診票	
(2) 説明書	
(3) 公費負担対象者の確認	
(4) 体温測定	
(5) 予診票のチェック	
(6) 異なる予防接種との接種間隔	
(7) 接種不適当者及び接種要注意者	
7. 予診票への記載事項	6
(1) 医師の記入欄	
(2) 判定・接種年月日等	
(3) 一部負担金	
(4) 被接種者のサイン	
8. 予防接種済証の発行	7
9. 副反応（健康被害）	7
10. 委託料の請求及び支払い	8
(1) 一部負担金徴収者の委託料請求の場合	
(2) 一部負担金免除者の委託料請求の場合	
(3) 委託料の支払	
11. 協議	8
12. 準用	8
13. 附則	8

＜様式集＞

別添資料 1	身体障害者手帳	10
別添資料 2	インフルエンザ予防接種実施要領 2-(2)に関する資料	11
別添資料 3	生活保護受給証明書	12
【説明書】	高齢者インフルエンザ予防接種について	13
別紙様式 1	予防接種後副反応疑い報告書	14
別添資料 4	請求書綴り順について	17
別紙様式 2	インフルエンザ予防接種委託料請求書	18

内容等	様式等																
1. 実施機関 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 (1) 市内に住民登録があり、接種日当日 65 歳以上の方。 (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 【注意】 ● 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、<u>医師の診断書等の添付が必要です。</u>なお、診断書料は自己負担となります。 上記 (1) (2) 以外の方は、任意接種となり、接種料金等は全額自己負担となります。 3. 一部負担金の徴収 (1) 徴収 1 人につき 1,000 円 の一部負担金を徴収して下さい。 (2) 免除の取扱い 上記「2. 公費負担の対象者」のうち、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。 ■「生活保護受給証明書」 別添資料 3 の提出を受けた場合 生活保護受給証明書を必ず確認した上で、予診票の一部負担金欄の【免除】を○印で囲んでください（下記参照）。 なお、生活保護受給証明書は、委託料請求の際に予診票に添付して下さい。 <table border="1"> <tr> <td>判定・接種</td> <td>年 月 日</td> <td>一部負担金</td> <td>医療機関コード番号</td> </tr> <tr> <td>ワクチン名</td> <td>Lot No. 接種量</td> <td>徴収</td> <td>住 所</td> </tr> <tr> <td>インフルエンザ</td> <td>0.5 ml</td> <td>免除</td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>判定・接種医氏名</td> </tr> </table> 一部負担金免除者は、証明書を添付してください。	判定・接種	年 月 日	一部負担金	医療機関コード番号	ワクチン名	Lot No. 接種量	徴収	住 所	インフルエンザ	0.5 ml	免除	名 称				判定・接種医氏名	● 別添資料 1 身体障害者手帳 (10 ページ) ● 別添資料 2 インフルエンザ予防接種実施要領 2-(2)に関する資料 (11 ページ) ● 別添資料 3 生活保護受給証明書 (12 ページ)
判定・接種	年 月 日	一部負担金	医療機関コード番号														
ワクチン名	Lot No. 接種量	徴収	住 所														
インフルエンザ	0.5 ml	免除	名 称														
			判定・接種医氏名														

4. 接種方法

(1) 接種期間

令和7年10月1日から令和8年1月31日まで

(2) 接種回数

1回（公費負担は1回だけです。2回目以降は、任意接種となり全額自己負担になります。）

(3) 接種部位

接種部位は原則として上腕伸側で、肩峰から肘頭を結ぶ線のおおよそ3分の1の部分が適しています。

(4) 接種量

0.5 ml

5. ワクチン

(1) ワクチン

インフルエンザHA ワクチン（3価ワクチン）

(2) 使用

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下さい。

開封後の取り扱いについては、ワクチンに添付の文献を参照して下さい。

6. 接種上の注意

(1) 予診票

水色紙に黒色印刷、ノーカーボンの2部複写です。

※ 予診票は、医師会及び保健衛生課に備えています。

(2) 説明書

予診票記入の際、被接種者に読ませて下さい。

(3) 公費負担対象者の確認

公費負担の対象者は、接種日当日 65 歳以上（上記 2-（2）の人を含む）で市内に住民登録がある方です。

受付時にマイナンバーカード、運転免許証等で住所・氏名・生年月日を確認して下さい。

(4) 体温測定

医療機関にて接種前に測定して下さい。

明らかな発熱者は、37.5℃以上の方です。

(5) 予診票のチェック

①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。

②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。

③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。

④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。

⑤インフルエンザワクチンによる副反応

前回のインフルエンザ予防接種で、2日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギー反応を疑う症状を呈した既往の有無の確認を行って下さい。

これらの症状がインフルエンザ予防接種によるものであれば接種不適当者となります。

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。

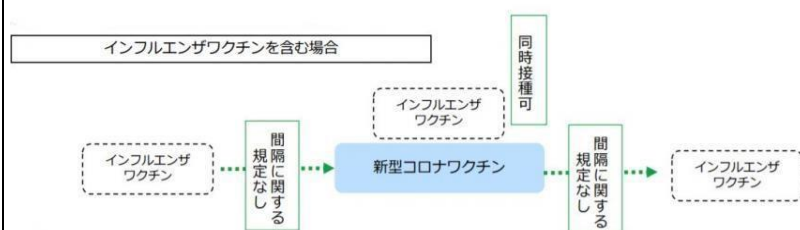
病気の内容によっては、かかりつけ医が予防接種に関する専門医等を紹介し、接種可能と判断された場合は本人の十分な理解と同意の上で、かかりつけ医以外の予防接種に関する専門医等が接種することができます。

⑦アレルギーなど

インフルエンザワクチンは、ウイルスの増殖に孵化鶏卵を用いるので、卵アレルギーが明確な者（食べるとひどい蕁麻疹や発疹が出たり、口腔内がしびれる者）に対しては、接種を避けて下さい。

(6) 異なる予防接種との接種間隔

知見等の蓄積を踏まえ、新型コロナウイルスワクチンとインフルエンザワクチンに関しては同時接種も可能です。



●令和4年7月22日開催 第33回
厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会了承

※積極的に推奨するということではなく、1つの選択肢として同時接種も可能になるとの位置づけ。

(7) 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。

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。

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 インフルエンザの接種液の成分によって、アナフィラキシーショックを呈したことがある方
- ④ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある方
- ⑤ 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
- ③ インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏由来の物に対して、アレルギーを呈するおそれのある方

7. 予診票への記載事項

<お願い>

接種希望者に「【説明書】高齢者インフルエンザ予防接種について」をお渡しください。

(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、必ず自筆での署名をお願いします。（記名される場合は押印して下さい。）

(2) 判定・接種年月日等

「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。

●【説明書】高齢者インフルエンザ予防接種について
(13 ページ)

(3) 一部負担金

【徴収】・【免除】のどちらかを○印で囲んで下さい。

(4) 被接種者のサイン

予診の結果を知らせたうえで、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。

必ず本人が予診票にサインしてください。

- 予防接種法に基づくインフルエンザの予防接種は、自らの意思と責任で接種を希望する場合にのみ接種を受けるものです。被接種者の同意がない場合は、医師は接種を行いません。
- 本人の意思が確認しにくい場合は、ご家族や医療機関の協力を得て本人の意思確認を行ってください。

接種を見合わせる場合

見合わせることを確認し記入を求めて下さい。

- 身体的事情等で本人がサインできない場合には、改めて意思確認を行ったうえで家族等による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。

8. 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インフルエンザ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枚目は控となります。医療機関で保管して下さい。

9. 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。

- 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。
- 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。

● **別紙様式1** 予防接種後副反応疑い報告書（14ページ）

10. 委託料の請求及び支払い

委託料請求に当たっては、**別添資料 4**の請求書等綴り順に従って、「インフルエンザ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、次の留意点を踏まえ大牟田市保健福祉部保健衛生課（以下、「保健衛生課」という。）に提出して下さい。

（１）一部負担金徴収者の委託料請求の場合

「インフルエンザ予防接種委託料請求書」**別紙様式 2**（本市のホームページからダウンロードできます。）に予診票の１枚目「①市提出用」を添付し、接種日の翌月の１０日までに保健衛生課に提出して下さい。

＜お願い＞

インフルエンザ予防接種の実施期間内は委託料請求に係る事務量の増加が見込まれるため、１０日を待たず、取りまとめ次第提出してください。

（２）一部負担金免除者の委託料請求の場合

「インフルエンザ予防接種委託料請求書」**別紙様式 2**に予診票の１枚目「①市提出用」と生活保護受給証明書等を添付し、接種日の翌月の１０日までに保健衛生課に提出して下さい。

＜お願い＞

インフルエンザ予防接種の実施期間内は委託料請求に係る事務量の増加が見込まれるため、１０日を待たず、取りまとめ次第提出してください。

（３）委託料の支払

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。

※大牟田市保健衛生課では、医療レセプトに準じ５年間保管後焼却します。

11. 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。

12. 準用

この要領は、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。

13. 附則

この要領は、令和７年１０月１日から施行します。

●**別添資料 4** 請求書綴り順について（１７ページ）

●**別紙様式 2** インフルエンザ予防接種委託料請求書（１８ページ）

●**別紙様式 2** インフルエンザ予防接種委託料請求書（１８ページ）

●**別紙様式 2** インフルエンザ予防接種委託料請求書（１８ページ）

様式集

身体障害者手帳																					
福岡県第	号	平成 年 月 日 交付																			
		平成 年 月 日 再交付																			
	氏名																				
	生年月日 年 月 日																				
	障害等級 JRA 旅客運賃の減額																				
	級 第 種																				
福岡県																					
障害者																					
再認定	再認定の時期		障害種別																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">本人の経歴</th> </tr> <tr> <th style="width: 40%;">現住所</th> <th style="width: 30%;">転入年月日</th> <th style="width: 30%;">離脱日等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				本人の経歴			現住所	転入年月日	離脱日等												
本人の経歴																					
現住所	転入年月日	離脱日等																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">保護者の経歴</th> </tr> <tr> <th style="width: 40%;">氏名</th> <th style="width: 30%;">現住所</th> <th style="width: 30%;">離脱日等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				保護者の経歴			氏名	現住所	離脱日等												
保護者の経歴																					
氏名	現住所	離脱日等																			

インフルエンザ予防接種実施要領 2 - (2) に関する資料

対象者

インフルエンザについて、①65 歳以上の者、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な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、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返す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相動所見があり、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 50 Torr 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、身長で正常ならば当然で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 12 g/dl 未満、女性 11 g/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腫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助動なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

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

令和 年 月 日 から

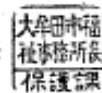
上記世帯は、生活保護法により保護を受給していることを証明します。

使 用 目 的

高齢者の予防接種（インフルエンザ・新型コロナ）のため

年 月 日

大牟田市福祉事務所長



令和 7 年度

高齢者インフルエンザ予防接種について



© 2016 大牟田市「シャーマン」

下記の人を対象に、インフルエンザ予防接種を行います。接種を希望される方は以下のことに留意して接種を受けて下さい。

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、大牟田市保健福祉部保健衛生課に質問して下さい。十分に納得できない場合には、接種を受けない下さい。

対象者

- (1) 市内に住民登録があり、接種日当日 65 歳以上の人。
- (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人。

※身体障害者手帳一級の人を対象です。
ただし、視覚、聴覚、肢体不自由の人は対象外です。

令和 7 年

令和 8 年

実施期間

10月1日 ～ 1月31日

接種費用

自己負担 1,000 円

接種回数

1 回
公費負担は、1 回だけです。
2 回目以降は、任意接種となり、全額自費となります。

必要な物

マイナンバーカード・運転免許証等の
住所・氏名・生年月日がわかるもの

【接種費用の助成措置】

上記 (1) (2) の対象者で、生活保護を受けている人は、接種料金が無料となりますので生活保護受給証明書を医療機関に提出して下さい。

接種の際は、必ず電話等で事前に医療機関へ接種が可能な日時等を確認して下さい。

予防接種を受けることができない人

- ① 発熱している人（体温が 37.5 度以上るとき）
- ② 重い病気にかかっている人
急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その日は見合わせるのが原則です。
- ③ 以前にインフルエンザの予防接種をうけて接種後 30 分以内にひどいアレルギー反応を起こしたことがある人
- ④ その他、医師から不適当な状態と判断された人
- ⑤ 前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2 日以内に発熱、発疹などのアレルギーと思われる症状がみられた人

予防接種を受ける前に、医師とよく相談しなくてはならない人

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液その他慢性的の病気で治療を受けている人
- ② 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ③ インフルエンザワクチンの成分または鶏卵、鶏肉、その他鶏由来の物に対して、アレルギーがあるといわれたことがある人

予防接種を受けた後の一般的な注意事項

インフルエンザワクチンの副反応として、注射の跡が、赤くなったり、はれたり、痛んだり、また、わずかながら熱が出たり、寒気、頭痛、全身のたるさなどが見られることもあります。通常 2～3 日のうちに治ります。

- ① 予防接種を受けた後 30 分間は、急な副反応が起こることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② インフルエンザワクチンの副反応の多くは 24 時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。
- ③ 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすことはやめましょう。
- ④ 接種当日はいつも通りの生活をし、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 接種した部位が痛みや熱をもってひどくはれたり、全身のじんましん、繰り返し嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、医師（医療機関）の診療を受けて下さい。

<問合せ先>

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

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		□定期接種・臨時接種		□任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)		性別	1 男 2 女
	住所	都道府県	市区町村	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 (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) 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	発症までの 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	1 アナフィラキシー	4時間
	百日せき	2 脳炎・脳症	28日
	急性灰白髄炎	3 けいせん	7日
	破傷風	4 血小板減少性紫斑病	28日
	Hib感染症 (Hib感染症においては、リボア ゼラチンを使用する場合に限る。)	5 その他の反応	—
	麻疹 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 けいせん	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 けいせん	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SCG感染症	1年
		3 BCG肺炎(脊髄炎、骨髄炎)	2年
		4 皮膚結核瘻管	3ヵ月
		5 化膿性リンパ節炎	4ヵ月
		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多糖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
		2 けいせん	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(めまい等)	30分
		6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	—
		7 その他の反応	—
	水痘 帯状疱疹	1 アナフィラキシー	4時間
		2 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 けいせん	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 ホフコーゼ症候群	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 心臓炎	28日
		5 急性けいせん	7日
		6 その他の反応	—

左記の「その他の反応」を選択した場合の症状

a 無呼吸
b 気管支けいせん
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 けいせん
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 ホフコーゼ症候群
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

(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. 報告基準にある費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. 報告基準中の発症までの期間を超えて発症した場合であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われる症状については、「その他の反応」として報告してください。その際には、アルファベットで例示した症状で該当するものがある場合には、○で囲んでください。
8. 報告基準は、予防接種後に一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
9. 記入欄が不足する場合には、別紙に記載し、報告書に添付してください。
10. 報告された情報については、厚生労働省、国立健康危機管理研究機構、独立行政法人医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(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は、把握が困難な事項については、記載しただけで結構です。
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的予防接種又は任意接種を受けたかどうかを確認してください。
 - ・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、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。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ついては、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こと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. 新型コロナウイルスについては、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届け出報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遅延する症状を含む。)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)、ゼラニバレー症候群、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、脳脊髄炎、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(TIS(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(TIS)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新型コロナウイルス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/hep/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)

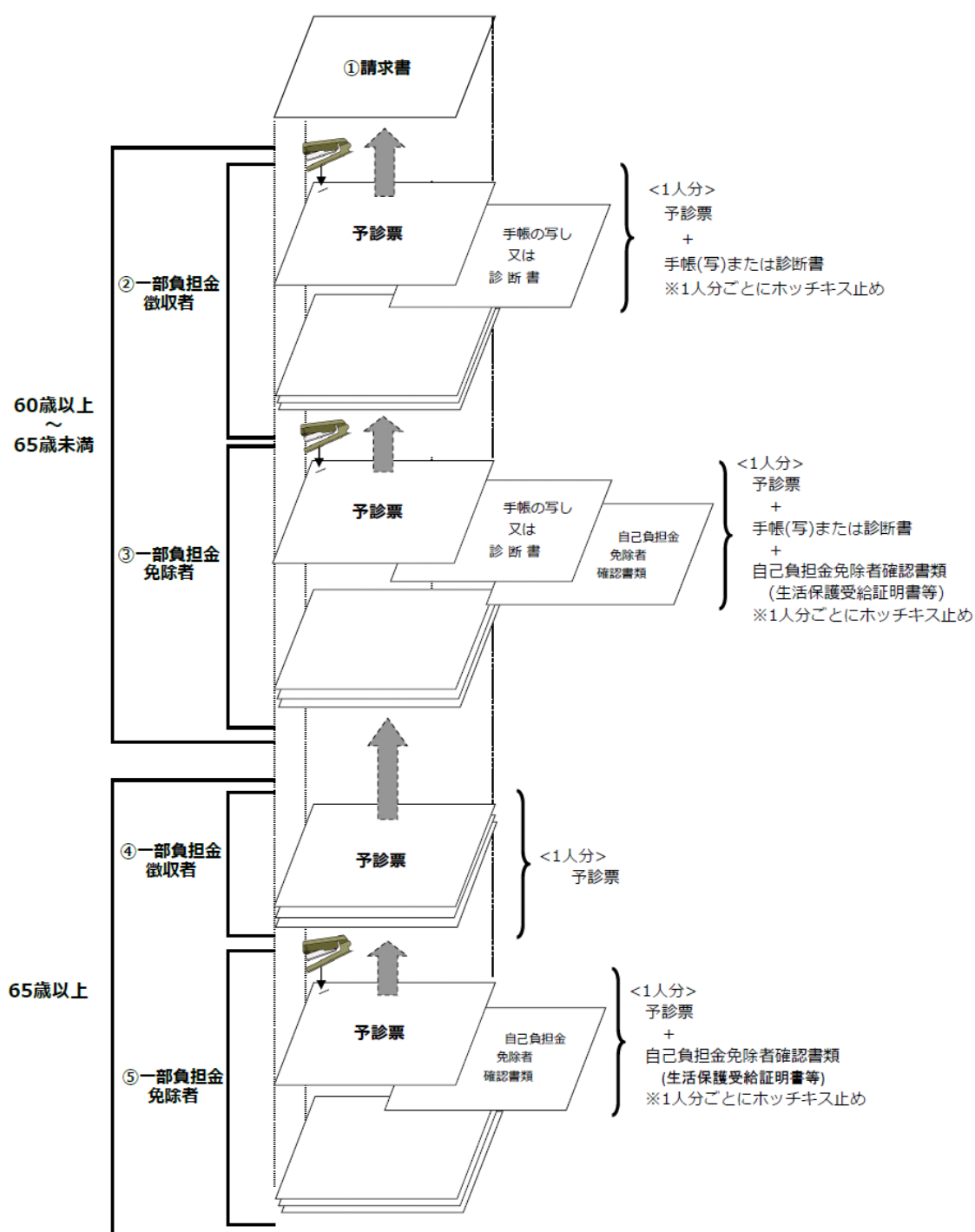
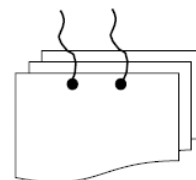
高齢者インフルエンザ予防接種 請求書等綴り順について

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。

綴り順：上から次の順に綴じてください。

- ①「請求書」
- ② 60～65歳未満の一部負担金徴収者「予診票」
- ③ " 免除者「予診票」
- ④ 65歳以上の一部負担金徴収者「予診票」
- ⑤ " 免除者「予診票」

※ 添付書類が必要な予診票は、1人分ごとにホッチキスで止めて下さい。
 ※ 予診票の数が多い場合は、全体を綴じ紐等で綴じて下さい。



(大牟田市提出用)

インフルエンザ予防接種委託料請求書

(年 月分)

区 分		委 託 料	件 数	金 額	備 考
接種者	一部負担金 徴 収	3,651	件		
	一部負担金 免 除	4,651	件		
不可者		3,201	件		
合 計			件		

※ 一部負担金免除者は、必ず該当する証明書（生活保護受給証明書）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