令和８年度
高齢者新型コロナウイルス予防接種実施要領

［荒尾市］

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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

＜様式集＞

別添資料 1　身体障害者手帳・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
別添資料 2　新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ予防接種実施要領 2-(2)に関する資料・・・・・・ 12
別添資料 3　生活保護受給証明書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
【説明書】　高齢者新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ予防接種について・・・・・・・・・・・・ 14
別紙様式 1　予防接種後副反応疑い報告書・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
別添資料 4　請求書綴り順について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
別紙様式 2　新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ予防接種委託料請求書・・・・・・・・・・・・・ 19

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**

●別添資料 1　身体障害者手帳（11 ページ）

【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、**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。

●別添資料 2　新型コロナウイルス予防接種実施要領 2-(2)に関する資料（12 ページ）

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 4,500 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】を〇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。

●別添資料 3 生活保護受給証明書（13 ページ）

判定・接種　　年　　月　　日			一部負担金		医療機関コード番号 住　所 名　称 判定・接種医氏名
使用ワクチン名	LotNo.	接種量	徴収	免除	
		筋肉内接種 ml			

（注）有効期限が切れていないか確認

一部負担金免除者は、証明書を添付してください。

4．接種方法

（1）接種期間

令和 8 年 10 月 1 日から令和 9 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

筋肉内
通常、上腕の三角筋部に注射してください。静脈内、皮内、皮下への接種は行わないでください。
注射針の先端が血管内に入っていないことの確認の際、陰圧をかける必要はないこと。

（4）接種量

ワクチンの種類により異なる。使用するワクチンの添付文書を必ず確認してください。

5．ワクチン

（1）ワクチン

mRNA ワクチン
mRNA（レプリコン）ワクチン
組換えタンパクワクチン

（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書を参照して下さい。

6．接種上の注意

（1）予診票

白色紙に緑色印刷、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新型コロナウイルスワクチンによる副反応
　前回の新型コロナウイルス予防接種で、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。
　これらの症状が新型コロナウイルス予防接種によるものであれば接種要注意者となります。

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
　新型コロナウイルスワクチンの成分において重度の過敏症の既往歴のある方に対しては、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、mRNA ワクチンを含む全ての新型コロナウイルスワクチンは生ワクチン以外のワクチンと同様の取扱いのため、医師の判断に基づきほかのワクチンと同時接種も可能です。

（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 新型コロナウイルス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

接種要注意者

① 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症又は凝固障害を有する方。
② 過去に免疫不全の診断がなされた方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方。
③ 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
④ 過去にけいれんの既往のある方
⑤ 過去に予防接種を受けて 2 日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギー症状が出たことがある方
⑥ 本剤の成分に対して、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

●【説明書】高齢者新型コロナウイルス予防接種について（14 ページ）

＜お願い＞

接種希望者に「【説明書】高齢者新型コロナウイルス予防接種について」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）

※ 「ロットNo.」はワクチンに同梱されているロットシールを貼付してください。

必ず貼付！

【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）一部負担金

【徴収】・【免除】のどちらかを〇印で囲んで下さい。

（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新型コロナウイルスの予防接種は、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、医師は接種を行えません。
- ■ 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新型コロナウイルス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電子又は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（15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、「新型コロナウイルス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。［郵送可］

●別添資料４ 請求書綴り順について（18 ページ）
●別紙様式２ 新型コロナウイルス予防接種委託料請求書（19 ページ）

＜**提出先**＞
〒836-8666
福岡県大牟田市有明町２－３
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
ＦＡＸ：0944-41-2675

●別紙様式２ 新型コロナウイルス予防接種委託料請求書（19 ページ）

（１）一部負担金徴収者の委託料請求の場合

「新型コロナウイルス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**＞
新型コロナウイルス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。

●別紙様式２ 新型コロナウイルス予防接種委託料請求書（19 ページ）

（２）一部負担金免除者の委託料請求の場合

「新型コロナウイルス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**＞
新型コロナウイルス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、定期予防接種実施要領に基づき、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、

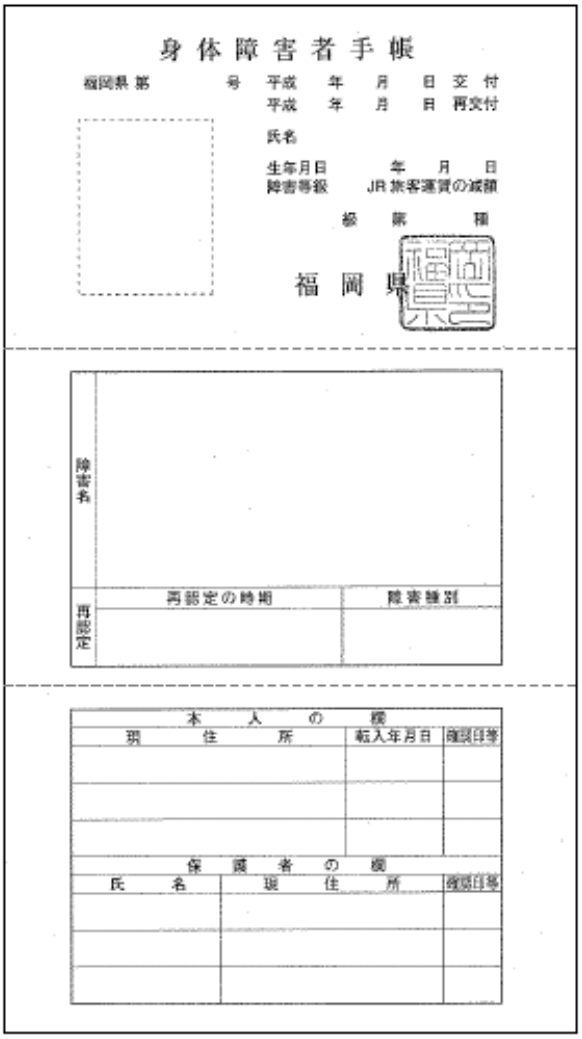
「本市と委託契約を締結した医療機関」と読み替えます。

13. 附則

この要領は、令和 8 年 10 月 1 日から施行します。

様式集

別添資料１



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　　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

新型コロナウイルス予防接種実施要領 2－（2）に関する資料

対象者

新型コロナについて、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 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
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

別添資料３

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（新型コロナウイルス）のため

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

大牟田市

【説明書】

令和８年度
高齢者新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ予防接種について

©2016 大牟田市「ジャー坊」

下記の人を対象に、新型コロナウイルス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、接種を受けないで下さい。

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が対象です。
ただし、視覚、聴覚、肢体不自由の人は対象外です。

	令和８年		令和９年
実施期間	**10月 1日**	**～**	**1月31日**

接種費用　自己負担　**4,500 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 度以上のとき）

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 以前に新型コロナ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のある人

④ その他、医師から不適当な状態と判断された人

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 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症又は凝固障害を有する人

② 過去に免疫不全の診断がなされた人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人

③ 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液その他慢性の病気で治療を受けている人

④ 今までにけいれんを起こしたことがある人

⑤ 今までに予防接種を受けて、2 日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギー様の症状がでたことがある人

⑥ 新型コロナウイルスワクチンの成分に対して、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注意事項

新型コロナウイルス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、痛むことがあります。ほかにも接種した腕の筋肉痛、関節痛。また、わずかながら熱が出たり、下痢、寒気、頭痛、めまい、全身のだるさなどが見られることもありますが、数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 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。

③ 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。

④ 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、繰り返す嘔吐、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

（別紙様式1）

報告先：（独）医薬品医療機器総合機構
FAX番号：0120-176-146（各種ワクチン共通）

予防接種後副反応疑い報告書

記入前に裏面の＜注意事項＞をお読みください。

定期接種・臨時接種ワクチンの有無	□有　□無	製造販売業者への情報提供の有無	□ 有　□ 無

被接種者情報

保険者番号（左詰め）	被保険者記号（左詰め）	被保険者番号（左詰め）	枝番

氏名又はイニシャル（姓・名）（定期・臨時接種は氏名、任意接種はイニシャル記載）	カナ氏名（任意接種は記載しない）	公費負担者番号	受給者番号

性別	住所			生年月日	接種時年齢
□男 □ 女		都道府県	区市町村	西暦　年　月　日	歳　月

基礎疾患（既往歴を含む）	薬剤又は食物アレルギー歴	家族歴	出生体重（0歳～未就学児の場合）
□ 無	□ 無	□ 無	グラム

被疑ワクチンに関する情報

接種日時

西暦　年　月　日　午前・午後　時　分　□ 不明

	被疑ワクチンの種類（**同時接種したワクチン**を記載）	ロット番号	製造販売業者名	接種回数
		□ 不明	□ 不明	回目　□ 不明
		□ 不明	□ 不明	回目　□ 不明
		□ 不明	□ 不明	回目　□ 不明
		□ 不明	□ 不明	回目　□ 不明
		□ 不明	□ 不明	回目　□ 不明

← 症状との因果関係が最も疑われる被疑ワクチンがある場合は○をつけてください。

使用中の医薬品

主たる症状に関する情報

発生日時	西暦　年　月　日　午前・午後　時　分　□ 不明
主たる症状	主たる症状を1つご記入ください。　症状名（　）
	その他の症状がある場合は、「その他の症状」欄にご記入ください。臨床経過は、裏面の「臨床経過」欄にご記入ください。
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　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
検査結果	主たる症状の診断根拠となった検査結果（接種前、発現日等の検査値（単位含む）又は検査所見）をご記入ください。

検査項目＼検査日	／	／	／	／	／	／

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

その他の症状に関する情報

その他の症状	主たる症状以外の症状がある場合は、以下にご記入ください。
症状名（　）	

報告者に関する情報

（既に医薬品医療機器総合機構へ報告した症例の続報の場合→□）

氏名：　医療機関名（所属部署まで）：

（職種：□医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師、□その他（　））

住所　〒　都道府県　市区町村

電話番号：　メールアドレス：　@

接種場所に関する情報

接種場所が報告医療機関と異なる場合はご記入ください。

医療機関名：　住所：　都道府県　市区町村

□ 接種場所が不明の場合

（別紙様式1）

臨床経過	
西暦　　年　月　日	
留意事項	検査結果は前頁の「検査結果」欄にご記入ください。

＜注意事項＞

1. 厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構のウェブサイトにおいて、記入要領を掲載しているため、報告書の記入に当たって参考にしてください。
2. 予防接種法第12条第1項の規定による副反応疑い報告を行う場合は、被接種者の公的医療保険の被保険者番号等（保険者番号、被保険者等記号・番号、枝番）又は生活保護の受給者番号等（公費負担者番号、受給者番号）のいずれかを記載してください。
3. 被保険者番号等のうち、枝番がない場合は、空欄のままとしてください。
4. 受給者番号等については、被接種者が生活保護受給者の場合にのみ記載し、その他の公費負担医療の受給者の場合は、空欄にしてください。
5. 被保険者番号等又は受給者番号等が不明の場合は、「不明」と記載してください。
6. 別添1の報告基準において算用数字を付している症状については、定められた期間内に発生した場合は、因果関係の有無にかかわらず、国に報告することが義務付けられています。
7. 報告基準に定められていない症状については、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、①入院治療を必要とするもの、②死亡、③身体の機能の障害に至るもの又は④死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの」に該当する場合は、報告対象となります。
8. 報告基準において定められた発生までの期間を超えて発生した症状であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われ、7.に該当する場合は、報告してください。
9. 報告基準において複数の症状が含まれているもの（「脳炎・脳症」、「BCG骨炎（骨髄炎、骨膜炎）」、「疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状」）を「主たる症状」として報告する場合は、複数の症状のうち、主たるものを1つ記載してください。（「脳炎・脳症」の場合、「脳炎」又は「脳症」のうちどちらか1つを記載してください。）
10. 報告基準は、予防接種後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。
11. 「症状の転帰」について、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」に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」に○印を記載してください。
12. 報告対象の症状が、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレ症候群（GBS）、血栓症（血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、別途、調査票を記入の上、提出してください。
13. HPVワクチンについては、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が認められる場合は、報告してください。HPVワクチンの定期接種（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、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。HPVワクチン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は、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。
14. 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）
    なお、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。
15. RSウイルス母子免疫ワクチンについては、接種を受けた妊婦に発現した症状のみならず、胎児又は出生した児において発現した副反応が疑われる症状についても、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの」に該当する場合は、副反応疑い報告の対象となります。
    胎児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合は、「被接種者情報」欄には、母親の情報を記載してください。
    出生した児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合は、「被接種者情報」欄には、出生した児の情報を記載してください。その場合、「被疑ワクチンに関する情報」欄及び「接種場所に関する情報」欄には、母親に対して行われた予防接種の情報を記載するとともに、「臨床経過」欄に、予防接種を受けた母親の氏名又はイニシャル、性別、住所、生年月日、接種時年齢を記載してください。
    母親と出生した児の両者に副反応が疑われる症状が生じ、それらについて報告する場合、母親と出生した児で別々に副反応疑い報告を行ってください。その場合、母子それぞれの報告において、「臨床経過」欄に、「母体／児において○○が発生しており、○年○月○日付けで、別途副反応疑い報告を提出している。」旨記載してください。
16. 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、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）の氏名、生年月日及び被保険者番号等を除いた情報を、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。
17. 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。
18. 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こととされています。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、記載いただく必要はありません。
19. 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、報告書を作成、提出してください。
    URL：https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html
20. FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記のFAX番号宛てに送付してください。
    FAX番号：0120-176-146（各種ワクチン共通）
21. 予防接種法に基づく予防接種（定期接種又は臨時接種）を受けた方に健康被害が生じた場合、予防接種健康被害救済制度により、医療費・障害年金等の給付を受けられる場合があります。また、任意の予防接種により健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度又は生物由来製品感染等被害救済制度の対象となる場合があります。予防接種による副反応が疑われる症状を呈した患者が、これらの制度の対象になると考えられる場合は、当該患者又はその保護者にこれらの制度を紹介して下さい。
    予防接種健康被害救済制度：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyuusai.html
    医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度：https://www.pmda.go.jp/relief-services/index.html

（別添1）

	対象疾病	症　状		発生までの時間	左記の「その他の反応」の例
報告基準	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	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以外の場合は医学的に認められている症状名を記載
		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 高齢者の肺炎球菌感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	けいれん	7日	
		3	血小板減少性紫斑病	28日	
		4	その他の反応	－	
	ヒトパピローマウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	ギラン・バレ症候群	28日	
		4	血小板減少性紫斑病	28日	
		5	血管迷走神経反射（失神を伴うもの）	30分	
		6	疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	－	
		7	その他の反応	－	
	水痘 帯状疱疹	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	ギラン・バレ症候群	28日	
		3	血小板減少性紫斑病	28日	
		4	無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うもの）	－	
		5	その他の反応	－	
	B型肝炎	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	28日	
		3	多発性硬化症	28日	
		4	脊髄炎	28日	
		5	ギラン・バレ症候群	28日	
		6	視神経炎	28日	
		7	末梢神経障害	28日	
		8	その他の反応	－	
	ロタウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	腸重積症	21日	
		3	その他の反応	－	
	RSウイルス感染症	1	アナフィラキシー	4時間	
		2	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	－	
	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	－	

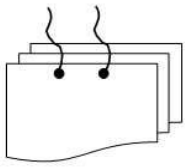
別添資料4

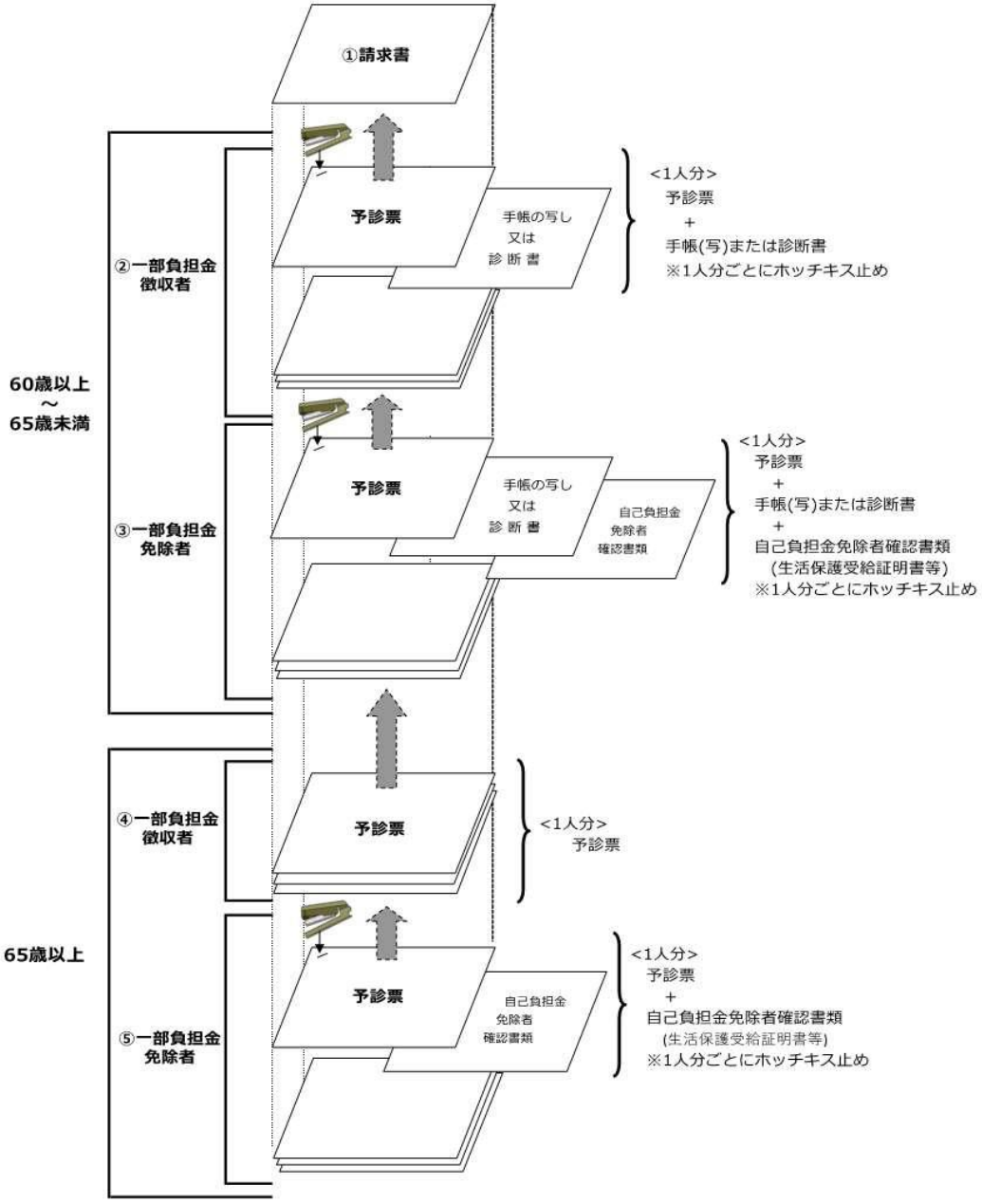
高齢者新型コロナ予防接種 請求書等綴り順について

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」
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」





別紙様式２

令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルス予防接種荒尾市医師会委託料請求書
（令和　　年　　月分）

大牟田市長　殿

所　在　地
医療機関名
役　職　名
代 表 者 名
電 話 番 号
（ 担当者名　　）

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

区　分	委 託 料（円）	件　数	金　額（円）
一部負担金徴収者	10,800		
一部負担金免除者	15,300		
予診のみ	3,220		
合　計			

（振込先金融機関）

				口座名義人
銀行　　支店				フリガナ 氏　名
預金種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座番号		