

平成16年 1月30日

各 医 師 会 御 中

福 岡 県 医 師 会



予防接種の実施について

標記の件につきましては、平成15年12月12日付け福岡医発第1634号（地）にてご連絡いたしておりますが、今般、通知の訂正と追加につきまして、福岡県保健福祉部健康対策課より別紙のとおり通知がありました。

つきましては、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。
なお、内容につきましては下記のとおりです。

記

1. 差し替え

予防接種予診票（集団接種分）・・・別紙1

※保護者氏名の欄に印もれ

2. 追加

予防接種副反応報告書及び報告基準・・・別紙2

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽





「公印省略」

15健結第282号の2
平成16年1月10日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健福祉部長
(健康対策課結核感染症係)

予防接種の実施について

貴職におかれましては、日頃から保健福祉行政につきまして、多大な御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、このことについて、平成15年12月3日付15健結第282号で通知をしておりますが、下記について厚生労働省より訂正依頼がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会員への周知につきまして、御協力いただきますようお願いいたします。

記

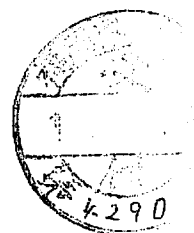
・差し替え

予防接種予診表（集団接種分）

理由：保護者氏名の欄に印もれ

・追加

予防接種副反応報告書及び報告基準



[予防接種予診票]

(児童に対し集団接種で実施する場合に使用)

		診察前の体温		度 分	
住 所					
受ける人の氏名	年 組 氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日生	
保護者の氏名	印			(満 歳 カ月)	
今日の予防接種を受けますか (接種を希望します ・ 今回は見合わせます) 見合わせる理由 ()					

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
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いといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
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 予防接種の名前 ()	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
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 (可能・見合わせる) 医師のサイン			

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	m l	医師名
		接種年月日 平成 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

予防接種後副反応報告書

市町村長 殿

患 者 (被接種者)	氏名	性別		1 男 2 女	年齢	歳	ヵ月	(昭和・平成 年 月 日生)	
	住所					電話番号			
	保護者氏名								
	接種者	氏名(名称)							
接 種 者	住 所					電話番号			
	接種場所	1 診療所 2 病院 3 保健所 4 学校 5 公民館 6 その他()							
報 告 者	氏名(名称)								
		1 接種者 2 主治医 3 本人又は保護者 4 その他()							
	住 所								
接種の状況	接 種 日	平成		年	月	日	午前・午後	時	分
	ワ ク チ ン の 種 類	製造所名				ロット番号			
		接種部位				接種方法			
	接種前の体温	℃							
	家 族 歴					出生体重	グラム		
	予診票での留意点 (アレルギー・基礎疾患・発育・最近1ヵ月以内のワクチン接種や病気等)							1 なし 2 あり	
副 反 応 の 概 要	発 生 時 刻	平成		年	月	日	午前・午後	時	分
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査)								
	他の疾患の可能性								
※ 予 後	1 死亡 剖検所見()								
	2 重篤(死亡の危険あり)								
	3 入院(病院名				入院日		退院日)		
	4 後遺症								
	5 その他()								
※回復状況	1 回復している 2 まだ回復していない 3 不明								
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後								

市町村記入欄

受付日時	年 月 日 時 分	受付者氏名	
------	-----------	-------	--

この報告書は、予防接種の接種後、別添報告基準に該当する者を診断したときに、必要事項を記載の上、直ちにその者の居住地を管轄する市町村長に提出すること。ただし、※欄については、経過観察後の報告(第2報)でも差し支えないこと

<記載上の注意>

- 1 用紙の大きさはA列4番にすること。
- 2 アラビア数字のある場合は、該当する数字を○で囲むこと。
- 3 報告内容は、別添の報告基準を参照のこと。

予防接種後副反応報告書
報告基準

予防接種	臨床症状	接種後症状発生までの時間
ジフテリア 百日せき 破傷風 日本脳炎	① アナフィラキシー ② 脳炎、脳症 ③ その他の中枢神経症状 ④ 上記症状に伴う後遺症 ⑤ 局所の異常腫脹（肘を越える） ⑥ 全身の発疹又は39.0℃以上の発熱 ⑦ その他、通常の接種ではみられない異常反応	24時間 7日 7日 * 7日 2日 *
麻しん 風しん	① アナフィラキシー ② 脳炎、脳症 ③ その他けいれんを含む中枢神経症状 ④ 上記症状に伴う後遺症 ⑤ その他、通常の接種ではみられない異常反応	24時間 21日 21日 * *
ポリオ	① 急性灰白髄炎（麻痺） 免疫不全のない者 免疫不全のある者 ワクチン服用者との接触者 ② 上記症状に伴う後遺症 ③ その他、通常の接種ではみられない異常反応	35日 1年 * * *
BCG	① 腋窩リンパ節腫脹（直径1cm以上） ② 接種局所の腫瘍 ③ 骨炎、骨膜炎 ④ 皮膚結核（狼瘡等） ⑤ 全身播種性BCG感染症 ⑥ その他、通常の接種ではみられない異常反応	2ヵ月 1ヵ月 6ヵ月 6ヵ月 6ヵ月 *

注1 表中にないものでも下記の趣旨に合致すると判断したものは報告すること

- ①死亡したもの
- ②臨床症状の重篤なもの
- ③後遺症を残す可能性のあるもの

注2 接種から症状の発生までの時間を特定しない項目（*）についての考え方

- ①後遺症は、急性期になんらかの症状を呈したものの後遺症を意味しており、数ヶ月後、数年後に初めて症状がでた場合をいうものではない。
- ②その他、通常の接種ではみられない異常反応とは、予防接種と医学的に関連あるか、又は時間的に密接な関連性があると判断されるもの。
- ③ポリオ生ワクチン服用者との接触者における急性灰白髄炎（麻痺）は、接種歴が明らかでない者でもポリオワクチンウイルス株が分離された場合は対象に含める。

注3 本基準は予防接種後に一定の症状が現れた者の報告基準であり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接結びつくものではない。