

福岡県医発第 146 号 (地)

平成17年4月15日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師

会 長 竹 嶋 康



定期の予防接種実施要綱の正誤訂正について

標記の件につきまして、平成17年2月14日付け福岡県医発第2066号にて通知いたしておりましたが、予防接種予診票及び予防接種後副反応報告書報告基準において別添のとおり正誤表が送られてまいりましたので、差し替えの程よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽





「公印省略」

17 健第 58 号
平成17年4月7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)

定期の予防接種実施要綱の正誤訂正について

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、標記について、別添（写）のとおり厚生労働省より通知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。





事 務 連 絡
平成17年3月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課

定期の予防接種実施要領の正誤訂正について

「定期の予防接種の実施について」（平成17年1月27日付け健発第0127005号厚生労働省健康局長通知）中に別紙のとおり印刷誤りがあったので、訂正方よろしくお取り計らい願います。



「定期の予防接種実施要領」正誤表

該当箇所	正	誤
様式第二 [] 予防接種予診票		
質問事項2 2行目	分娩時	分娩後
同 4行目	乳児健診	乳児検診
様式第三 [] 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)		
質問事項5 2行目	かかり、	かかり。
様式第四 BCG予防接種予診票		
生年月日の欄	(満 力月)	(満 歳 力月)
質問事項2 2行目	分娩時	分娩後
同 4行目	乳児健診	乳児検診
質問事項7 2行目	かかり、	かかり。
質問事項9 1行目	()力月頃	()歳頃
接種量の欄	※	(経皮接種) ml
注: ※には、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載のこと。		
別表 予防接種後副反応報告書報告基準		
BCGの臨床症状 ②	接種局所の膿瘍	接種局所の腫瘍
BCGの臨床症状 ③	骨炎、骨髓炎	骨炎、骨膜炎

[予防接種予診票]

		診察前の体温		度		分
住 所						
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成 年	月	日生
保護者の氏名				(満 歳	カ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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	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 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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	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	
近親者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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者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注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	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) 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
接種を希望しますか (接種を希望します・接種を希望しません)

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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署

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	平成	年	月 日生
保 護 者 の 氏 名	印			(満 歳 カ月)		
予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、医師が診察の結果、可能と判断した場合に接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません) 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。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署						

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 具体的な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 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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	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	
近親者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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者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注射を受けましたか	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) 医師署名又は記名押印			

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。

BCG予防接種予診票

		診察前の体温		度		分
住 所						
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成	年	月 日生
保護者の氏名				(満	カ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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	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	
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方がいましたか	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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、結核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	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 ()カ月頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者にBCG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	
今日のBCG接種について質問がありますか	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BCG接種は (可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
接種を希望しますか (接種を希望します・接種を希望しません)

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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署

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		実施場所
Lot No.		医師名
		接種年月日 平成 年 月 日

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 接種局所の膿瘍 ③ 骨炎、骨髄炎 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 表に定めるもののほか、予防接種後の状況が次に該当すると判断される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、急性期に呈した症状に係るものを意味しており、数ヶ月後から数年後に初めて症状が現れたものは含まないこと。
- ② その他通常の接種ではみられない異常反応は、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であること。
- 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（小児麻痺）は、接種歴が明らかでない者であっても、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こと。

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。