



福岡県医発第630号（地）

平成18年 6月15日

各 医 師 会 長 殿



福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武



平成18年度福岡県予防接種センター事業について（お願い）

福岡県予防接種センター事業における、平成18年度の諸様式につきましては平成18年4月24日付福岡県医発第180号（地）をもってお送りしておりますが、今般、平成18年6月2日の予防接種法一部改正に伴い、センター事業についても、同日付で麻しん及び風しんの単抗原ワクチン接種を対象に加える旨、福岡県保健福祉部より通知があり、平成18年6月8日開催の本会第8回全理事会において協議の結果、協力することになりました。

つきましては、貴会におかれましても本件につきましてご了知くださいますとともに、貴会管下関係医療機関等への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、先般お送りしております下記の諸様式（センター地図以外）は、別紙のとおり訂正を加えてそのままご利用いただくこととなりますので、併せて周知方よろしくお願い申し上げます。

記

—平成18年度定期予防接種実施医療機関への配布様式—

- ①「予防接種センターでの予防接種紹介状」・・・・・・・・別紙1
- ②「福岡県予防接種センター地図」
※訂正はありません※
- ③「福岡県予防接種センターでの予防接種について」・・・別紙2

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

福岡県予防接種センターでの予防接種紹介状（紹介医控）

平成 年 月 日

市・町・村民

国立病院機構福岡病院長

九州大学病院長

福岡市立こども病院・感染症センター院長

産業医科大学病院長

飯塚病院長

久留米大学病院長

殿

医療機関名

医師名

電話番号

下記の者は、福岡県予防接種センターで予防接種を行う必要があります。

記

麻しん及び風しんの単抗原ワクチン接種の場合は、いずれかを○で囲んで下さい。
混合ワクチン(MR)の場合は、どちらも囲み、間違い防止のため、“MR”と手書きで追加記入下さい。(空いているスペースで結構です)

予防接種の種類 (いずれかを○で囲んで下さい)	ジフテリア 百日せき 破傷風	ジフテリア 破傷風	ポリオ	麻しん 風しん	日本脳炎	BCG		
被接種者氏名	保護者氏名							
被接種者の住所 電話番号	〒 福岡県 市・町・村							
生年月日	平・昭	年	月	日	年齢	才	性別	男・女
福岡県予防接種センターでの接種が必要な理由・症状等 (該当する番号を○で囲み、その他特記事項があれば記入して下さい。)	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者 ② 前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた者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者 ③ 過去にけいれんの既往がある者 ④ 過去に免疫不全の診断がなされている者 ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれのある者 特記事項							

※太枠の中全てに記入あるいは○をつけて下さい

※2枚目・3枚目の医師名に押印して下さい

福岡県予防接種センターでの予防接種について（1 ページ目）

ア 福岡県予防接種センターとは

予防接種要注意者については、接種を受ける者の健康状態及び体質を勘案し、注意して接種を実施する必要があります。

このため、小児科診療の専門家が勤務している次の医療機関を予防接種センター機能を有する医療機関として指定することで、接種要注意者であっても安心して予防接種が受けられる体制の整備を行ったものです。

- | | |
|---------------------|------------|
| ・ 国立病院機構福岡病院 | ・ 産業医科大学病院 |
| ・ 九州大学病院 | ・ 飯塚病院 |
| ・ 福岡市立こども病院・感染症センター | ・ 久留米大学病院 |

イ 対象となる予防接種は

予防接種センターで行う予防接種は、予防接種法、結核予防法で定められている市町村が行う定期予防接種のうち、インフルエンザを除いた次の予防接種に限られます。

平成18年6月2日より麻しん、風しんが追加されました。ご注意ください。

DPT、DT、MR、ポリオ、日本脳炎、BCG、麻しん、風しん

※ 接種対象年齢を過ぎていたり、法で定められていない他の予防接種を行うことはできません。

ウ 福岡県予防接種センターで予防接種を受ける人は

福岡県予防接種センターではどなたでも予防接種を受けられるわけではありません。福岡県内の市町村が実施する予防接種を行う医師から、以下の症状により接種要注意者と判断され、予防接種センターへ紹介された人のみが対象となります。

- 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者
- ② 前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた者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者
- ③ 過去にけいれんの既往がある者
- ④ 過去に免疫不全の診断がなされている者
- ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを呈するおそれのある者