

## 浦添市 予防接種実施要綱

平成23年	3月31日	制定
平成23年	5月20日	改正
平成24年	2月9日	改正
平成24年	4月1日	改正
平成24年	9月1日	改正
平成24年	11月1日	改正
平成24年	12月28日	改正
平成25年	4月1日	改正
平成25年	11月1日	改正
平成26年	4月1日	改正
平成26年	5月1日	改正
平成26年	10月1日	改正
平成27年	4月1日	改正
平成27年	5月1日	改正
平成28年	10月1日	改正
平成29年	4月1日	改正
平成30年	4月1日	改正
平成30年	4月10日	改正



# 浦添市 予防接種実施要綱

## (目的)

第1条 この要綱は、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために公衆衛生の見地から予防接種法(昭和23年6月30日法律第68号。以下「法」という。)第5条第1項の規定に基づき、浦添市長が実施する予防接種(以下、「定期予防接種」という。)及び同法第6条の規定に基づく臨時に行う予防接種並びに定期予防接種以外の任意の予防接種として浦添市が行政措置として実施する予防接種(以下「行政措置予防接種」という。)の各予防接種(以下、「予防接種」という。)の実施その他必要な措置を講ずることにより、市民の健康の保持に寄与するとともに、予防接種による健康被害の迅速な救済を図ることを目的とする。

## (定期予防接種の対象疾病及び種類)

第2条 予防接種法施行令(昭和23年7月31日政令第197号。以下「法施行令」という。)第1条の3第1項、予防接種施行規則(昭和23年8月10日厚生省令第36号。以下「法施行規則」という。)及び予防接種実施規則(昭和33年9月17日厚生省令第27号。以下「実施規則」という。)に基づき、別表1のとおりとする。

## (定期予防接種の接種対象者)

第3条 定期予防接種の対象者(以下「接種対象者」という)等については、当該予防接種を受ける日において浦添市に住民登録がある者とする。

2 その他、国や県から指示又は特例措置等がある場合、それに従うものとする。

## (浦添市が実施する予防接種)

第4条 浦添市が実施する予防接種とは、浦添市長と予防接種業務委託契約を締結している受託医療機関(地区医師会間の相互乗り入れをしている医療機関も含む。)で行う個別予防接種及び浦添市長からの依頼書の発行により行う予防接種とする。

2 受託医療機関は、法、法施行令、法施行規則、実施規則等の関連法令、定期接種実施要領、関係通知、及びガイドライン等に基づいて実施するものとする。また、行政措置予防接種についても準拠して実施するものとする。

3 前項の規定について、受託医療機関は、接種対象者(又は保護者)が親子(母子)健康手帳等を持参せずに接種を希望している場合など、接種履歴や接種間隔等(以下「接種履歴等」という。)が不明な場合は、接種する前に浦添市に接種履歴を確認するなど、接種履歴等の確認に努めるものとする。なお、当日が土日及び祝祭日で浦添市に接種履歴を確認することができない場合など、接種履歴等が確認できない場合は、接種を実施しないものとする。

## (保護者の同伴)

第5条 予防接種は原則保護者の同伴を必要とする。保護者が特段の理由で同伴することができない場合、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等で適切な者が接種対象者に同伴することは差し支えないものとする。ただし、保護者以外の同伴者は、事前に説明する等により予診票の記載事項等について保護者の理解を求めるとともに、接種の際には、当該同伴者の同意をもって保護者の同意とする旨の委任状(様式第1号)を予診票に添付し医療機関に提出するものとする。

## (予防接種の実施期間)

第6条 予防接種の実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。ただし、高齢者インフルエンザ(B類疾病)の予防接種の実施時期については毎年10月1日から翌年2月末日まで、また行政措置により実施する乳児(生後6か月から1歳未満)対象MRワクチン予防接種の実施時期については平成30年4月1日から平成30年6月30日までの期間とする。

## (対象者等への周知)

第7条 浦添市長は、法施行令第6条の規定に基づき、予防接種の対象者又はその保護者に対して、次の各号に掲げる内容について個別通知、浦添市の広報誌への掲載等の方法により、市民にあらかじめ周知するものとする。

- (1) 予防接種の種類
- (2) 予防接種対象者の範囲
- (3) 予防接種を受ける期日又は期間及び場所
- (4) 予防接種を受けるに当たって注意すべき事項
- (5) その他必要な事項

#### (予防接種の公告)

第8条 浦添市長は、定期及び臨時の予防接種を行う場合には、法施行令第5条の規定に基づき、前条各号に掲げる内容について公告するものとする。

#### (接種費用に係る個人負担額)

第9条 別表1のとおりとする。

2 前項の規定について、法第28条の規定に基づき、インフルエンザ予防接種並びに高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種対象者である者が接種を行う際に要する費用について、被接種者又はその保護者は予防接種に要する費用の一部負担として、接種の際にそれぞれ別表1のとおり自己負担金を受託医療機関に支払うものとする。ただし、生活保護受給者及び中国残留邦人等自立支援給付受給者の自己負担金は免除とする。

3 前項ただし書の規定により負担金の免除を受けようとする生活保護受給者及び中国残留邦人等自立支援給付受給者は、接種を受ける際に次の各号に掲げる関連書類を受託医療機関に提出しなければならない。

(1) 生活保護受給者 接種日の属する月に発行された医療券、生活保護受給証明書の写し又は保護決定(変更)通知書の写し

(2) 中国残留邦人等自立支援給付受給者 受給証明書等の写し

#### (予防接種の記録)

第10条 受託医療機関は、被接種者に対し、様式第2号の予防接種済証を交付する。ただし、実施規則第5条の規定に基づき、被接種者が乳児又は幼児の場合は、その保護者に対し、親子(母子)健康手帳の提示を求め、「予防接種欄」に予防接種の種類、接種年月日その他証明すべき事項を記載するものとする。

#### (予防接種事業に係る報告書の提出)

第11条 受託医療機関は、浦添市から予防接種事業に係る報告書等の提出依頼がある場合において積極的に協力するものとする。

#### (副反応の報告)

第12条 受託医療機関は、予防接種後の副反応を診断した場合に、保護者又は被接種者の同意を得て、次の各号に掲げる様式により速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAXにて(FAX番号:0120-176-146)報告するものとする。

(1) 予防接種法第12条第1項の規定による報告については、予防接種後副反応疑い報告書様式第3号を使用し報告すること。

(2) BCG予防接種後のコッホ現象については、様式第5号を使用し報告すること。

2 浦添市長は、被接種者又は保護者(以下「保護者等」という。)から予防接種後に発生した健康被害に関する相談を受けた場合等には、必要に応じて、様式第4号に必要事項を記入するよう保護者等を促し、浦添市長が受け付け、都道府県を通じて、厚生労働省へFAXにて(FAX番号:0120-510-355)報告するものとする。

#### (健康被害の救済)

第13条 法施行令で定める定期の予防接種の期間内の者が予防接種を受けたことによって被る健康被害について、当該予防接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは法第15条の規定に基づき、健康被害救済制度による救済対象となる。

2 第16条で定める行政措置予防接種を受けたことによって被る健康被害については、独立行政法人医薬品「浦添市予防接種事故災害補償規則に基づく「全国市長会予防接種事故賠償補償保険」による救済対象となる。

#### (予防接種依頼書)

第14条 定期予防接種対象者又は行政措置予防接種対象者が個人的事情により浦添市長以外(受託医療機関以外)が実施する予防接種を希望する場合、浦添市長は予防接種依頼書を接種希望先の医療機関(医師)又は市区町村長あてに発行するものとする。

2 前項の規定について、接種費用が発生する場合は浦添市が定める上限の範囲内で公費負担とし、接種を実施した医療機関又は市区町村長は浦添市長へ接種に要した費用を請求できるものとする。

(償還払いによる公費負担)

第15条 前条に規定する予防接種を実施する際に、定期予防接種対象者又は行政措置予防接種対象者がやむを得ず、接種費用を自己負担して予防接種を受けた場合は償還払いを行うことができる。ただし、浦添市長が浦添市医師会及び個別医療機関と締結した予防接種業務委託契約書に定める委託料の額を上限とする。

2 償還払いを受けようとする者(以下「申請者」という。)は、浦添市予防接種費用償還払い申請書兼請求書に次の書類を添付し、当該接種日の翌日から起算して1年以内に申請を行うものとする。

(1) 第2条及び第16条に規定する予防接種の費用について実施医療機関が発行した領収書(明細が分かるもの)

(2) 予防接種を受けたことを証明する書類(親子(母子)健康手帳等の写し)

(3) 通帳の写し(振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義の分かるもの)

(4) その他浦添市長が必要と認める書類

3 浦添市長は、前項の申請を適正と認めるときは、申請者の指定する口座に償還額を振り込むものとする。

4 浦添市長は、虚偽の申請その他不正の手段により償還を受けた者に対し、支払った償還額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(行政措置予防接種)

第16条 行政措置予防接種については、別表2のとおりとする。

(予防接種の実施及び予防接種事故報告)

第17条 受託医療機関は、予防接種事故(予防接種の過剰接種や接種間隔の誤り等をいう。)が発生した場合は様式第6号の「予防接種事故報告書」により浦添市長へ報告するものとする。

(長期療養に係る特例措置対象者該当理由書の提出について)

第18条 受託医療機関は、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者については様式第7号を記入し、接種の際に使用する予診票に添付し、請求の際に浦添市長へ提出するものとする。

(委託料の額、請求及び支払)

第19条 予防接種の委託料の額、請求及び支払は、委託契約書の定めるところによる。

(個人情報取扱い)

第20条 予防接種の実施及び処理するにあたり知り得た情報は、個人情報保護の重要性を認識し、個人情報を機密として管理するものとし、個人情報を第三者に開示、提供及び漏洩してはならない。

(廃棄物の処理)

第21条 予防接種の実施に伴って発生した医療廃棄物については、委託医療機関で適正に処理するものとする。

(その他)

第22条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年3月31日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年5月20日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年2月9日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年11月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年12月28日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年11月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年5月1日から施行し、平成27年4月1日以降に実施した予防接種から適用する。

附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月10日から施行し、平成30年4月1日以降に実施した予防接種から適用する。

別表1

対象疾病及び 予防接種の種類		接種対象者 (注1) (注2)	①標準接種年齢/ ②接種間隔及び接種回数/ ③接種量及び接種方法	個人負担額
結核  (BCGワクチン)		・1歳に至るまでの間にある者	①生後5月に達した時から生後8月に達するまでの期間 ②1回 ③経皮接種	無料 (全額公費負担)
急性灰白髄炎 (ポリオ)  (不活化ポリオワクチン)	初回接種	・生後3月から生後90月に至るまでの間にある者	①生後3月に達した時から生後12月に達するまでの期間 ②20日以上の間隔で3回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	追加接種	・生後3月から生後90月に至るまでの間にある者 (1期初回接種(3回)終了後、6月以上の間隔をおく)	①1期初回(3回)終了後、12月に達した時から18月に達するまでの期間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	
ジフテリア 百日せき 破傷風  (DPTワクチン)	第1期初回	・生後3月から生後90月に至るまでの間にある者	①生後3月に達した時から生後12月に達するまでの期間 ②20日以上の間隔で3回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	第1期追加	・生後3月から生後90月に至るまでの間にある者 (1期初回接種(3回)終了後、6月以上の間隔をおく)	①1期初回(3回)終了後、12月に達した時から18月に達するまでの期間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	
ジフテリア 破傷風  (DTワクチン)	第2期	・11歳以上13歳未満の者	①11歳に達した時から12歳に達するまでの期間 ②1回 ③0.1mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
ジフテリア 百日せき 破傷風 急性灰白髄炎 (ポリオ) (4種(ジフテリア・ 百日せき・破傷風・ 不活化ポリオ)混合 ワクチン)	初回接種	・生後3月から生後90月に至るまでの間にある者	①生後3月に達した時から生後12月に達するまでの期間 ②20日以上の間隔で3回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	追加接種	・生後3月から生後90月に至るまでの間にある者 (1期初回接種(3回)終了後、6月以上の間隔をおく)	①1期初回(3回)終了後、12月に達した時から18月に達するまでの期間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	
麻しん 風しん  (乾燥弱毒性麻しん・ 風しん単独ワクチン 及び乾燥弱毒性麻しん 風しん混合(MR)ワクチン)	第1期	・生後12月から生後24月に至るまでの間にある者	①左記 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	第2期	・5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者	①左記 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)

別表1

対象疾病及び 予防接種の種類		接種対象者 (注1) (注2)	①標準接種年齢/ ②接種間隔及び接種回数/ ③接種量及び接種方法	個人負担額
日本脳炎 (乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)	第1期 初回	・生後6月から生後90月に至るまでの間にある者	①3歳に達した時から4歳に達するまでの期間 ②6日以上の間隔で2回 ③0.5mlを皮下接種 (3歳未満は0.25ml)	
	第1期 追加	・生後6月から生後90月に至るまでの間にある者 (1期初回終了後6月以上おく)	①4歳に達した時から5歳に達するまでの期間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種 (3歳未満は0.25ml)	
	第2期	・9歳以上13歳未満の者	①9歳に達した時から10歳に達するまでの期間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	
日本脳炎 特例対象者  【第1期・第2期の 接種機会の確保】 (乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)	第1期 初回	・平成7年4月2日から平成19年4月1日に生まれた者で、20歳未満にある者(20歳の誕生日の前日まで)	日本脳炎の予防接種のうち4回の接種を受けていない者(接種を全く受けていない者を除く)に係る残りの接種は、残り回数分を6日以上の間隔を置いて皮下に注射するものとする。 ただし、4回目(2期相当)の接種については、引き続き9歳以上者に対して行うこと。 また、接種を全く受けていない者に係る接種については、6日以上の間隔で2回接種し、2回目の6月以上経過した時期に3回目を接種する。 4回目(2期相当)の接種は、9歳以上の者に対し、3回目の接種後6日以上の間隔を置いて接種する。 上記に係る接種量は、毎回0.5mlとする。	無料 (全額公費負担)
第1期 追加	※平成17年5月30日の積極的勧奨の差し控えによって第1期、第2期の接種が行われていない可能性がある者			
第2期				
日本脳炎 特例対象者  【第1期・第2期の 接種機会の確保】 (乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)	第1期 初回	・平成19年4月2日から平成21年10月1日に生まれた者で、平成22年3月31日までに日本脳炎の第1期の予防接種が終了していない者で、生後6月から生後90月 又は 9歳以上13歳未満にある者	日本脳炎の第1期の予防接種のうち3回の接種を受けていない者(接種を全く受けていない者を除く)に係る残りの接種は、残り回数分を6日以上の間隔を置いて皮下に注射するものとする。 また、第1期の接種を全く受けていない者に係る接種については、6日以上の間隔で2回接種し、2回目の6月以上経過した時期に3回目を接種する。 いずれの場合においても、生後6月から生後90月に至るまでの間に接種できない場合は、9歳以上13歳未満の間に接種するものとする。 なお、4回目(2期相当)の接種は、引き続き9歳以上の者に対し、3回目の接種後6日以上の間隔を置いて接種する。 上記に係る接種量は、毎回0.5mlとする。	



別表1

対象疾病及び 予防接種の種類	接種対象者 (注1) (注2)	①標準接種年齢/ ②接種間隔及び接種回数/ ③接種量及び接種方法	個人負担額
ヒトパピローマウイルス感染症  (組み換え沈降2価ヒトパピローマ ウイルス様粒子ワクチン又は組み 換え沈降4価ヒトパピローマウイルス 様粒子ワクチン)	・12歳となる日の属する年度の初日 から16歳となる日の属する年度の末 日までの間にある女子	①13歳になる年度初日から末日の 間にある者(中学1年生相当年齢の者) ②3回 ・組み換え沈降2価ヒトパピローマウイルス 様粒子ワクチンを使用する場合には1 月以上の間隔で2回接種後、1回目 の接種から6月以上の間隔で接種。 ただし、当該方法を取れない場合 は1月以上の間隔で2回接種後、1回 目の接種から5月以上かつ2回目 の接種から2月半以上の間隔で3 回目を接種。 ・組み換え沈降4価ヒトパピローマ ウイルス様粒子ワクチンを使用する 場合には2月以上の間隔で2回 接種後、1回目の接種から6月 以上の間隔で接種。  ③0.5mlを筋肉内接種  <注意> 2価ワクチンと4価ワクチンの相互 性に関する安全性、免疫原性、有 効性に関するデータはないことか ら同一の者に両ワクチンを使用 せず、同一のワクチンを使用す ること。	無料 (全額公費負担)
Hib感染症  (乾燥ヘモフィルスb型ワクチン)	・生後2月から生後60月に至るま での間にある者	①生後2月から生後7月に至るま での間 ②初回接種:生後12月に至るま でに27日(医師が必要と認めた 場合には20日)以上の間隔で 3回 追加接種:初回接種(3回)終了 後、7月以上の間隔をおいて1 回 (初回2回目及び3回目の接種 は、生後12月までに行うものと し、それを超えた場合は行わな いこと。なお、その場合、追加 接種は最後の初回接種時から 27日(医師が必要と認めた場 合には20日)以上の間隔をお いて実施可能)  ※標準的な接種パターン以外 ・接種開始が生後7月から生 後12月に至るまでの間にある 者 初回接種:生後12月に至るま でに27日(医師が必要と認めた 場合には20日)以上の間隔で 2回 追加接種:初回接種(2回)終 了後、7月以上の間隔をおいて 1回 (初回2回目の接種は、生後1 2月までに行うものとし、それ を超えた場合は行わないこと。 なお、その場合、追加接種は 最後の初回接種時から27日 (医師が必要と認めた場合には 20日)以上の間隔をおいて実 施可能) ・接種開始が生後12月から生 後60月に至るまでの間にある 者 1回  ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)

別表1

対象疾病及び 予防接種の種類	接種対象者 (注1) (注2)	①標準接種年齢／ ②接種間隔及び接種回数／ ③接種量及び接種方法	個人負担額	
小児の肺炎球菌感染症 (沈降13価肺炎球菌結合型ワ クチン)	・生後2月から生後60月に至るまでの 間にある者	①生後2月から生後7月に至るまでの 間 ②初回接種:生後24月に至るまでに27 日以上の間隔をおいて3回 追加接種:標準接種期間として生後 12月から生後15月に至るまでの間に、 初回接種(3回)終了後、60日以上 の間隔をおいた後であって、生後12月 に至った日以降において1回 (初回2回目及び3回目の接種は、生 後24月までに行うこととし、それを越 えた場合は行わないこと。また、初回2 回目の接種が生後12か月を超えた場合、 初回3回目の接種は行わないこと。い ずれの場合も、追加接種は実施可能) ※標準的な接種パターン以外 ・接種開始が生後7月から生後12月 に至るまでの間にある者 初回接種:生後24月に至るまでに27 日以上の間隔をおいて2回 追加接種:生後12月以降に、初回接 種(2回)終了後、60日以上の間隔を おいて1回 (初回2回目の接種は、生後24月ま でに行うこととし、それを越えた場合は 行わないこと(追加接種は実施可能)) ・接種開始が生後12月から24月 に至るまでの間にある者 60日以上の間隔をおいて2回 ・接種開始が生後24月から60月 に至るまでの間にある者において1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)	
水痘 (乾燥弱毒生水痘 ワクチン)	初回	・生後12月から生後36月に至るま での間にある者	①生後12月から生後15月に至るま での間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	追加	・生後12月から生後36月に至るま での間にある者 (初回接種終了後、3月以上の間 隔をおく)	①初回接種終了後、6月に達した時 から12月に達するまでの期間 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	
B型肝炎 (組換え沈降B型肝炎ワクチン)	・1歳に至るまでの間にある者	①生後2月から生後9月に至るま での期間 (HBs抗原陽性の者の胎内又は産道 においてB型肝炎ウイルスに感染する 恐れのある者であって、抗HBs人免 疫グロブリンの投与に併せて組換え 沈降B型肝炎ワクチンの投与を受け たことのある者については、定期接 種の対象者から除くこと) ②3回(27日以上の間隔をおいて2 回接種した後、第1回目の注射から 139日以上の間隔をおいて1回接 種する) ③0.25mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)	

別表1

対象疾病及び 予防接種の種類	接種対象者 (注1) (注2)	①標準接種年齢／ ②接種間隔及び接種回数／ ③接種量及び接種方法	個人負担額
インフルエンザ (注3) (インフルエンザHAワクチン)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上の者</li> <li>・60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害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として厚生労働省令で定めるもの (概ね、前記疾患に係る身体障害者手帳1級程度の者)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①左記</li> <li>②1回</li> <li>③0.5mlを皮下接種</li> </ul>	自己負担 1,000円  ※ただし、生活保護受給者及び中国残留邦人等自立支援給付受給者は無料 (全額公費負担)
高齢者の肺炎球菌感染症 (注3) (23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳の者</li> <li>・60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害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として厚生労働省令で定めるもの (概ね、前記疾患に係る身体障害者手帳1級程度の者) (注3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①左記</li> <li>②1回</li> <li>③0.5mlを筋肉内又は皮下接種</li> </ul>	自己負担 4,000円  ※ただし、生活保護受給者及び中国残留邦人等自立支援給付受給者は無料 (全額公費負担)
高齢者の肺炎球菌感染症 経過措置対象者 (注3) (注4) (23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成30年4月1日から平成31年3月31日までの間に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者 (注3) (注4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①左記</li> <li>②1回</li> <li>③0.5mlを筋肉内又は皮下接種</li> </ul>	自己負担 4,000円  ※ただし、生活保護受給者及び中国残留邦人等自立支援給付受給者は無料 (全額公費負担)

注1. 対象者欄の「未満」及び「至るまで」は、誕生日の前日までを意味する。

注2. 対象者は、接種時に浦添市に住民登録又は外国人登録があり、接種が完了していない者に限る。

注3. インフルエンザ及び高齢者の肺炎球菌感染症は、法第2条第3項及び法施行令第1条の2の規定に基づき、B類疾病に分類されており、接種対象者に予防接種を受ける努力義務は課されていないため、接種対象者が希望する場合のみ接種を行うこととする。なお、接種者の接種の意思が確認できない場合は、接種することはできない。

注4. 過去に当該疾病の予防接種を受けた者については、接種対象者から除く。

別表2

対象疾病及び 予防接種の種類		接種対象者	①標準接種年齢／ ②接種間隔及び接種回数／ ③接種量及び接種方法	個人負担額
麻しん 風しん  (乾燥弱毒性麻し ん・風しん単独ワク チン及び乾燥弱毒 性麻しん風しん混 合(MR)ワクチン)	乳児	・生後6か月以上1歳未満の者	①左記 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	第1期	・2歳以上MR2期対象年齢前までの 者で、麻しん・風しん(MR)1期予防 接種を未接種の者  (注1)	①左記 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
	第2期	・小学1年生相当年齢から小学校6年 生相当年齢までの者で、麻しん・風し ん(MR)2期予防接種を未接種の者  (注1)	①左記 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	無料 (全額公費負担)
インフルエンザ (注2)  (インフルエンザHAワクチン)		・事業実施年度内に65歳に到達する 者で、接種時に64歳の者	①左記 ②1回 ③0.5mlを皮下接種	自己負担 1,000円  ※ただし、生活保 護受給者及び中 国残留邦人等自 立支援給付受給 者は無料 (全額公費負担)
その他、法令で定められた接種間隔を遵守しないで接種した予防接種 (発熱等の予防接種不適當要因以外により法定接種間隔による接種が実施できなかった者への措置)				無料 (全額公費負担)

注1. 対象者は、接種時に浦添市に住民登録又は外国人登録があり、接種が完了していない者に限る。

注2. 別表2に記載のインフルエンザは、法に基づかない任意予防接種にあたるため、接種対象者が希望する場合のみ接種を行うこととする。なお、接種者の接種の意思が確認できない場合は、接種することはできない。

## 定期予防接種委任状

(この委任状はお子さまが予防接種をうける際、保護者以外の方が同伴する場合必要となります)

※記入後は予診票にホチキスで添付すること

平成 年 月 日

保護者(委任者)住所

氏名(保護者自署)

緊急時の連絡先(電話番号)

私は、下記の者に、予防接種に関する一切の権限を委任します。

予防接種の種類: BCG、水痘( 回目)、B型肝炎( 回目)、DT2期、  
(接種するものに○) ポリオ( 回目)、4種混合ワクチン( 回目)、DPT( 回目)  
麻しん単独、風しん単独、麻しん風しん混合(MR)、  
日本脳炎( 回目)、ヒトパピローマウイルス( 回目)、  
Hib( 回目)、小児の肺炎球菌( 回目)

予防接種を受ける子どもの氏名:

代理人(同伴者)住所:

氏名(代理人自署):

予防接種を受ける子どもとの関係(続柄):

連絡先(電話番号):

### ～予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について～

お子さまが定期予防接種を受ける場合、保護者(父、母又は後見人)が同伴することが原則ですが、保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受けるお子さまの健康状態を普段からよく知っており、予診票の内容をよく理解している親族(祖父母等)などが同伴し、予防接種を受けることも可能です。

ただし、その場合、保護者からの委任状が必要となります。保護者以外の方が同伴する場合は、保護者が記載(代理人氏名は代理人が自署)した本委任状を代理人が予診票にホチキスで添付して医療機関(集団接種の際には浦添市保健相談センター)へ持参して下さい。

※日本脳炎の予防接種の対象者及びヒトパピローマウイルスの予防接種の対象者(両予防接種とも、13歳以上の者に接種する場合に限る。)の場合は、予診票の保護者同意欄の記入が確認できれば保護者の同伴は要しないため、その場合委任状は不要です。

予防接種済証明書

ワクチンロット番号  
(シール貼)

本人記載欄				
住所				
氏名				
生年月日	平成	年	月	日

医療機関記載欄				
接種日	:	年	月	日
ワクチン名	:	※予防接種の種類によっては、第〇期〇回目まで確実に記載して下さい。		
実施医療機関	:			
		発行日	:	年 月 日
				浦添市長

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・任意接種の別				□ 定期接種		□ 任意接種		
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル		性別	1男 2女	接種時 年齢	歳 月		
	住所	都道 府県	市区 町村		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生	
報告者	氏名	1接種者 2主治医 3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	製造所名		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 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(アレルギー・基礎疾患・発育・妊娠・最近1ヵ月以内のワクチン接種や病気等)							
1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>								
事象(症状) の概要	事象 (症状)	定期接種の場合で次頁の報告基準にある症状の場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(事象(症状)名: )						
	発生時刻	平成 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無 <input type="checkbox"/>		
	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 : 有・無							
事象(症状) の程度	1 重い <input checked="" type="checkbox"/>	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: 平成 年 月 日 入院 / 医師名: 平成 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							
事象(症状) の転帰	転帰日	平成 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							

様式第3号

	対象疾病	事象(症状)	発生までの時間	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 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1 アナフィラキシー 2 脳炎、脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 -	左記の「その他の反応」を選択した場合  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 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以外の場合は前頁の「事象(症状)名」に記載
	麻しん 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎、脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 -	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎、脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 -	
	結核(BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 その他の反応	4時間 1年 2年 3ヶ月 4ヶ月 -	
	Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 -	
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射(失神を伴うもの) 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	4時間 28日 28日 28日 30分 - -	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 その他の反応	4時間 28日 -	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 3 ギラン・バレー症候群 4 視神経炎 5 脊髄炎 6 多発性硬化症 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 28日 28日 28日 -	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 ギラン・バレー症候群 6 血小板減少性紫斑病 7 血管炎 8 肝機能障害 9 ネフローゼ症候群 10 喘息発作 11 間質性肺炎 12 皮膚粘膜眼症候群 13 視神経炎 14 脊髄炎 15 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 28日 28日 -	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 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。) 5 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 -	



## 様式第3号

### <注意事項>

1. 報告にあたっては、厚生労働省が定める記入要領を参考に、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「病状名」には原則として医学的に認められている病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. 報告基準にある算用数字を付している事象(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、因果関係の有無に問わず、国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恐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事象(症状)について、報告してください。なお、アルファベットで例示した事象(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. 報告基準中の発生までの時間を超えて発生した場合であっても、それが予防接種を受けたものによるものと疑われる事象(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事象(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事象(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、原則として、患者(被接種者)氏名、生年月日を除き、厚生労働省、国立感染症研究所、独立行政法人医薬品医療機器総合機構、製造販売者等と共有します。また、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が報告を行った医療機器に対し、詳細調査を行う場合があります。調査へのご協力をお願いします。
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おいては、把握が困難な事項については、記載いただかなくて結構です。
13. ヒトパピローマ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、ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種又は任意の予防接種を受けたかどうか確認してください。
  - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、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身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。
  - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、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身発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確報等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院も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。

様式第4号

予防接種後に発生した事象(症状)に関する報告書

患者 (保護者)	氏名		性別	1 男 2 女	接種時 年齢	歳	月
	住所				生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生
	保護者氏名				電話番号		
予防接種を 実施した者 (医師名等)	氏名						
	医療機関名				電話番号		
	住所						
今回報告する 症状を診断した 医師	氏名	1 接種者 2主治医 3その他( )					
		医療機関名				電話番号	
(※)接種者と 異なる場合	住所						
接種の状況	接種日	平成	年	月	日	午前・午後	時 分
	接種した ワクチンの種類				ワクチンの ロット番号	出生 体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)
	同時接種した ワクチン				同時接種した ワクチンの ロット番号		
予防接種前の問診時での留意点(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 有 <span style="color:blue; font-size:2em;">→</span> 2 無 <span style="color:blue; font-size:2em;">]</span>							
今回報告する 症状の概要	診断名						
	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・検査等)						
予後	1 死亡 (部検所見)						
	2 入院 (病院名: 入院日 . . . . 退院日 . . . .)						
	3 後遺症 (						
	4 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						

コッホ現象事例報告書

平成 年 月 日

浦添市長 殿

(医療機関名)  
(院長名) 印

標題の件について、浦添市予防接種実施要綱第12条に基づき 下記の通り報告いたします。

記

氏名		生年月日 平成 年 月 日 (男・女)	
住所		保護者氏名	
接種年月日 平成 年 月 日 (または生後 か月)		BCGワクチンロット	
局所変化の状況・経過(初めて気付いた時期: 平成 年 月 日)			
結核患者との接触状況			
精密検査※	ツ反: _____ ( × )		判定 非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、その他( )
	IGRA (実施の場合: QFT、T-Spot TB) 結果:		
	胸部エックス線検査所見		事後措置/転帰 終了 (異常所見又は症状出現時受診) 経過観察( か月後) 潜在性結核感染症治療
CT(実施の場合)		結核治療(診断名: ) 他医療機関紹介 その他( )	
平成 年 月 日 医療機関名 作成者医師 (署名又は記名押印)			

※医師の判断により精密検査を行った場合にのみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。  
このことを理解の上、本報告書が浦添市及び沖縄県(保健所)に報告されることに同意します。

保護者自署

浦添市長 殿

(医療機関名)  
(院長名)

印

予防接種事故報告書

標題の件について、浦添市予防接種実施要綱第17条に基づき 下記の通り報告いたします。

記

事故の概要						
事故の原因						
被接種者	(ふりがな) 氏名		1 男 2 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
	住所				電話番号	
接種の状況	接種日	年 月 日			接種前の 体温	度 分
	ワクチン	種類			回数	
		製造社名			ロット番号	
	接種方法				接種部位	
被接種者の経過						
	報告時点での健康被害の有無				1 有 ・ 2 無	
接種後の被接種者・保護者への対応	(対応日・説明内容等の詳細)					
今後の対応・改善策						

浦添市長 殿

## 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書

予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に係る長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、浦添市予防接種実施要綱第18条に基づき、理由書を提出します。

被接種者	住所	電話番号( )	
	(フリガナ) 氏名	(男・女)	
	生年月日	年	月 日 (満 歳 ヶ月)
疾病名等、特別な事情の内容	(疾病分類) (疾病名) (該当理由)  (予防接種不適當要因が生じた日)お住まい 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日		
今回実施する予防接種の種類、回数			
予防接種の種類、今後の計画、接種回数等	不活化ポリオ (IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	BCG		
	4種混合 (DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	3種混合 (DPT)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	2種混合 (DT)	2期	
	日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
	麻しん	1期・2期	
	風しん	1期・2期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ (Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	小児の肺炎球菌感染症	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	水痘	初回・追加	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
高齢者の肺炎球菌感染症			
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備考			

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署