

# 令和4年度 高齢者インフルエンザ予防接種実施要領

|                        |                             |        |
|------------------------|-----------------------------|--------|
| I.目的                   |                             | P2     |
| II.予防接種の実施             |                             | P3     |
| 1.受付                   |                             | P4-5   |
| 2.予診                   |                             | P6-8   |
| 3.接種・接種後               |                             | P9     |
| 4.実施報告及び委託料の請求・支払      |                             | P9     |
| 5.予防接種による健康被害等への対応について |                             | P10    |
| 6.その他                  |                             | P10    |
| III.資料                 |                             |        |
| 様式1                    | 同意書                         | P11    |
| 様式2                    | 医療機関別実施報告書                  | P12    |
| 様式3                    | 相互乗り入れ予防接種実施報告書             | P13    |
| 別紙1                    | 60歳以上65歳未満の接種者チェック票         | P14-15 |
| 別紙2                    | 疾病による適応の方へのお知らせ             | P16    |
| 別紙3                    | 予防接種説明書(高齢者インフルエンザ予防接種について) | P17-18 |
| 別紙様式1                  | 予防接種後副反応報告書・報告基準            | P19-21 |
|                        | 予防接種後副反応報告書(別紙様式1)記入要領      | P22-30 |
| 参考資料1                  | 非課税世帯の税額証明書の流れ              | P31    |
| 参考資料2                  | 「税額証明書」の請求方法                | P32    |
| 参考資料3                  | 予防接種に係る健康被害に対する給付額          | P33    |

## I. 目的

1. 目的 感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安全で効果的な予防接種を行う。
2. 実施期間 令和4年10月1日(土)～令和5年1月31日(火)
3. 助成回数 1人につき1回
4. 対象者 対象予防接種で定める者且つ以下1)～3)に該当する者
  - 1)別府市に住民票を有する者(住民登録をしていること)
  - 2)原発避難者特例法による適用市町村に住民票を有する者  
(対象:福島県 いわき市 田村市 南相馬市 川俣町  
広野町 楡葉町 富岡町 大熊町 二葉町  
浪江町 河内村 葛尾村 飯館村)
  - 3)その他市長が必要と認めた者

### 令和4年度高齢者インフルエンザ予防接種対象者

自らの意思と責任で接種を希望する者のうち、(1)または(2)に該当する者

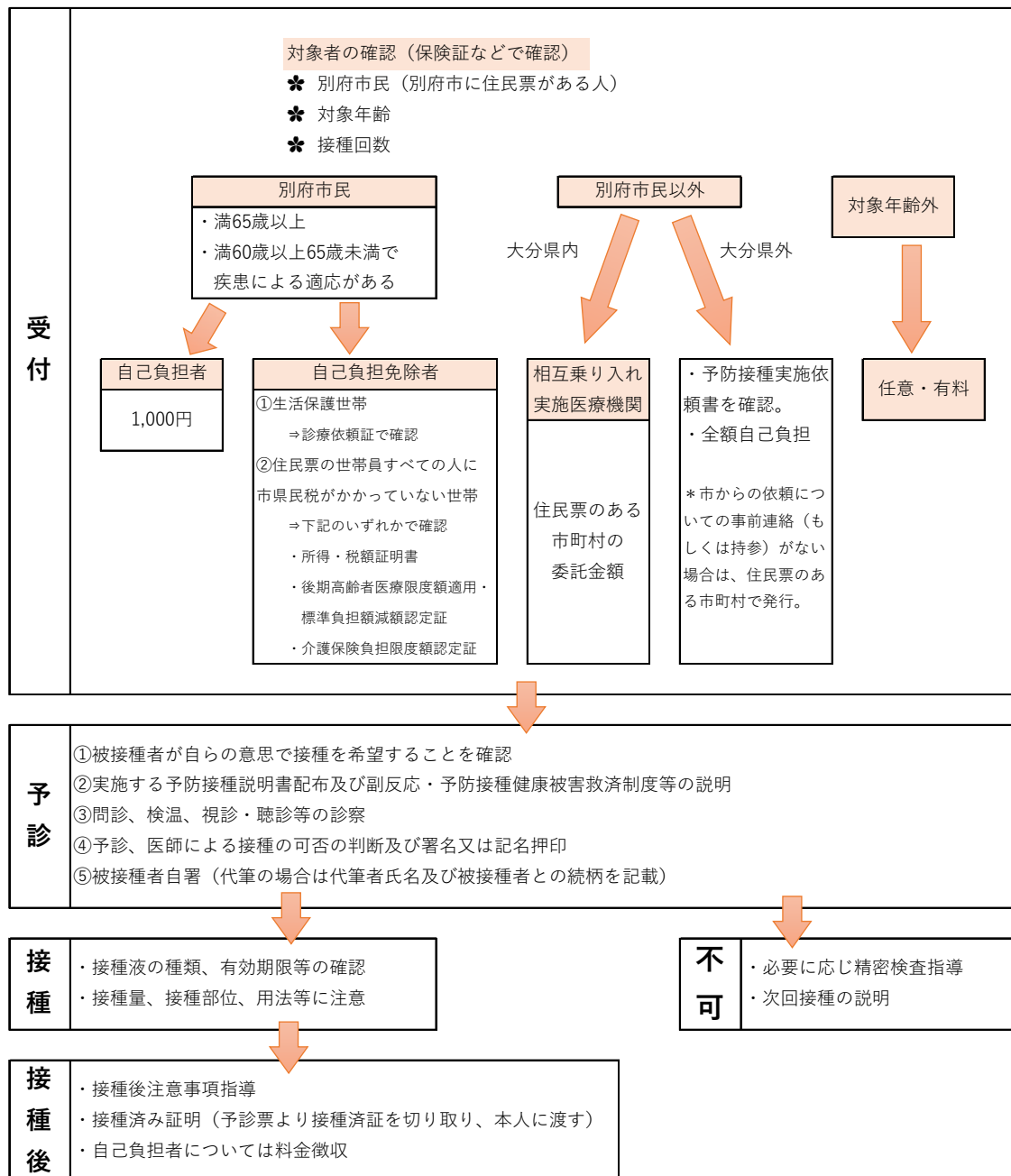
#### (1)満65歳以上の者

※65歳になる誕生日の前日から接種可能。

(2)満60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓または呼吸器の機能に自己の身の日常生活在極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者(かかりつけ医による別紙1(P14～15)の記入が必要です。市県民税が世帯員全員非課税である対象者には医療機関より別紙2(P16)を渡してください。)

## Ⅱ. 予防接種の実施

### 予 防 接 種 の 手 順



# 1. 受付

## 1)対象者の確認(健康保険証などで確認)

住所、対象年齢、負担区分等の確認

### (1)別府市民(住民登録をしていること)

#### ★負担区分

| 負担区分  | 世帯の区分                                           |
|-------|-------------------------------------------------|
| 1.負担者 | ・課税世帯の者                                         |
| 2.免除者 | ・生活保護世帯の者<br>・住民票の世帯員すべての人に<br>市県民税がかかっていない世帯の者 |

#### ★委託料

| 負担区分  | 委託料(ワクチン代+手技料)の額 | 自己負担額  |
|-------|------------------|--------|
| 1.負担者 | 3,767円           | 1,000円 |
| 2.免除者 | 4,767円           | 0円     |
| 接種不可者 | 998円             | 0円     |

※消費税込みの額

1 負担者 … それぞれの自己負担金を各医療機関の窓口で徴収

2 免除者 … 自己負担免除者の確認方法

\*接種前に下記確認書類の提示あるいは提出を求めてください。

### ① 生活保護世帯 の場合

窓口で、診療依頼証(資格確認欄に、接種月の印が押されていることを確認)の提示を求め、コピーを予診票とともに添付する。

入院中で生活保護診療依頼証をもっていない方は医療券で確認し、コピーを予診票に添付する。

介護病棟に入院している生活保護世帯の方は、介護券で確認し、コピーを予診票に添付する。

※予防接種当日に診療依頼証等が提示出来なかった場合は、様式1 同意書(P11)を記載してもらう。(同意書は予診票に添付)

### ② 住民票の世帯員すべての人に市県民税がかかっていない世帯 の場合

参考資料1 (P31) 参照

○所得・税額証明書(原本)の提出を求め、予診票に添付する。

(市民税均等割決定額、市民税所得割決定額の世帯合計がともに0円であることを確認)

#### ■所得・税額証明書について

- ・ 本人または同一世帯員が同月に同一医療機関で接種を行った場合は、1枚で可  
(予診票の余白に〇〇に添付等記載)

○後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(有効期限内)の提示を求め、コピーを添付する。(※認定証の発行日が接種日より後の場合、非課税世帯証明にはなりません。)

○介護保険負担限度額認定証(有効期限内)の提示を求め、コピーを添付する。

※確認後は、予診票の右上の該当欄(負担者・免除者)を○で囲んでください。  
(免除者の場合、確認書類の項目に☑をつけてください。)

| 医療機関記入欄(○をつけてください) |                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| 負担者                | 免除者                                              |
|                    | <input type="checkbox"/> 診療依頼証                   |
|                    | <input type="checkbox"/> 所得・税額証明書                |
|                    | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 |
|                    | <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証            |

## (2)別府市民以外

### ① 大分県内に住民登録がある者

【大分県相互乗り入れ予防接種】

※委託料、自己負担額、自己負担免除者の確認方法は各市町村により異なります。  
別府市医師会を通じて大分県内市町村の委託料の一覧が送付されます。

### ② 大分県外に住民票がある者

- ・ 住民票を有する市町村が発行した『予防接種依頼書』により、別府市の医療機関での接種が可能。
- ・ 医療機関の設定した金額を徴収する。

#### ★事務的な流れ(参考)

- ①(他県)『予防接種依頼書』を別府市へ送付
- ②(別府市)他県からの『予防接種依頼書』を受付
- ③(別府市)接種医療機関へ連絡
- ④(接種医療機関)接種料金の徴収、ワクチン接種
- ⑤(接種医療機関)予診票の写しを別府市医師会を通して健康推進課へ送付
- ⑥(別府市)『予防接種実施報告書』を他県へ送付

## 2. 予診

### 1) 予診並びに予防接種不適當者及び注意者

#### (1) 予診

- ① 接種医療機関は、市が作成・配布している予診票を用い、接種当日あらかじめ各項目について被接種者に記入を求める。
- ② 接種医療機関の医師は、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い予防接種を受けることが適当でない者、又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを確認する。
- ③ 満60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓または呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者については医師が、別紙1「満60歳以上65歳未満の接種者チェック票」(P14-15)を用いて確認し、予診票に添付する。

#### (2) 予防接種不適當者

- ① 明らかに発熱のある者（一般的に37.5℃を超える場合を指す）
- ② 重篤な急性疾患にかかっている者
- ③ 当該疾病に係る予防接種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明らかな者
- ④ 予防接種後2日以内に発熱のみられた者および全身性発疹などのアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ⑤ ①から④までに掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適當な状態にある者

#### (3) 接種不適當者への対応

予診の結果、異常がみられ当日の接種が適切でないと判断した場合、次回接種の説明を行う。その際、予防接種法の趣旨をふまえ、積極的な接種勧奨にならないように留意する。また、必要に応じ精密検査を受けるように指示を行う。

#### (4) 予防接種要注意者

- ① 被接種者の健康状態および体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、接種を行うに際しては、接種を希望する意思を確認した上で、説明に基づく同意を確実に得る。その際、積極的な接種勧奨に該当することのないよう、特に留意する。

② 以下の者に対しては、主治医及び専門性の高い医療機関の医師に対し、必要に応じて、接種の適否について意見を求め、接種の適否を慎重に判断する。

- ア. 心臓・腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者
- イ. ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

## 2) 予防接種後副反応等に関する説明及び同意

(1) 予診の際は、予防接種後の通常起こりうる反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、十分に説明する。

(2) 予防接種対象者がその内容を理解した上で、自らの意思で接種を希望した場合に接種を行う。

＊接種前に必ず別府市が配布する別紙 3 説明書(P17-18)を対象者に渡す。

## 3) 接種の意思確認と署名について

(1) 接種の意思確認について、認知症等で対象者の意思確認が難しい場合は、かかりつけ医等の協力を得て、慎重に判断する。

意思確認ができない場合は、法定接種はできず、任意接種となる。

(2) 意思確認はできるものの、身体的理由で予診票に自署ができない場合は、改めて意思確認を行った上で、家族等の本人の意思が確実に確認できる者による代筆を行った上、続柄を必ず記入してもらう。

接種する医師及び医療施設の職員が代筆することはできない。

### <代筆の例>

#### 良い見本

・ 被接種者自署 別府 太郎 (代筆者氏名: 別府 次郎 続柄: 息子)

#### 悪い見本

・ 被接種者自署 (代筆者氏名: 別府 次郎 続柄: 息子)

→被接種者自署の記入がない

・ 被接種者自署 別府 太郎 (代筆者氏名: 温泉 花子 続柄: 〇〇病院職員)

→代筆者が医療機関職員

【予診票の記入について】※予診票は別府市医師会に準備しています。

| インフルエンザ予防接種予診票                         |                       | 医療機関記入欄                 |                                                                                                                                                                          | 府市                       |          |
|----------------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| 別府市                                    |                       | 負担者                     | <input type="checkbox"/> 診療依頼証、医療券、介護券<br><input type="checkbox"/> 所得・税額証明書<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証<br><input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 | 該当欄に必ず○、✓を               |          |
| 住所                                     | (住民票のある)              | 記入漏れがないように<br>原則被接種者が記入 |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| ふりがな                                   |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| 氏名                                     | (男・女)                 |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| 生年月日                                   | 明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳) | 診察前の体温                  | 度 分                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 質問事項                                   |                       | 回答欄                     | 医師記入欄                                                                                                                                                                    |                          |          |
| 今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている説明書を読みましたが |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか            |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      | 「はい」でも確認を                |          |
| 現在、何か病気にかかっていますか                       |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 病名( )                                  |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 治療(投薬など)を受けていますか                       |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      | 病気の種類により医師の判断<br>で接種の可否を |          |
| 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もよいといわれましたか |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 免疫不全と診断されたことがありますか                     |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか                    |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 具合の悪い症状を書いてください( )                     |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか                 |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか               |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| ① その際に具合が悪くなったことはありますか                 |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| ② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか    |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか                |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか                      |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 予防接種の種類( ) 月 日 曜日                      |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      | 副反応の確認                   |          |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか   |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 病名( )                                  |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| その病気を診てもらったことがありますか                    |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 最近1ヵ月以内                                |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 病名( )                                  |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 今日の予防接種                                |                       | はい                      | いいえ                                                                                                                                                                      |                          |          |
| 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)    |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| インフルエンザ予防接種健康被害救済制度について、説明した。          |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| 又は記名押印                                 |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。             |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| な副反応の可能性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 )                 |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| います。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。    |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| 令和 年 月 日/被接種者自署                        |                       | 代筆者氏名                   |                                                                                                                                                                          | 続柄                       |          |
| ※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載    |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| ワクチン名                                  | 接種量                   | 医療機関                    | 医師名                                                                                                                                                                      | 接種年月日                    | 令和 年 月 日 |
| 接種日を記入                                 |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| インフルエンザ予防接種済証                          |                       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| 住所                                     | 接種年月日                 | 令和 年 月                  | 切り取って本人に渡す                                                                                                                                                               |                          |          |
| 氏名                                     | 別府市長                  |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |
| 生年月日                                   | 明治・大正・昭和 年 月 日生       |                         |                                                                                                                                                                          |                          |          |



### 3. 接種・接種後

#### 1)接種

接種液の種類、有効期限等の確認。接種量、接種部位、用法等に注意して行う。

- ・ インフルエンザワクチンを使用
- ・ 皮下注射又は筋肉内注射にて接種

#### 2)接種後

- ・ 接種後の注意事項を指導する
- ・ 接種済証を、予診票より切り取り被接種者に渡す

### 4. 実施報告及び委託料の請求・支払

#### 1)請求

##### (1)別府市民

###### 提出書類

- ①様式 2「医療機関別実施報告書」(P12)
- ②「予診票」1 枚目(別府市) ⇒ 免除者は各添付書類を添付  
※2 枚目(医療機関控)⇒ 各医療機関で保管
- ③満60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓または呼吸器の機能に自己の身の日常生活が~~極度~~に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者については別紙1(P14-15)を予診票に添付して提出する。

##### (2)大分県相互乗り入れ予防接種者

###### 提出書類

- ①「相互乗り入れ予防接種実施報告書」(様式 3 P13)
- ②「予診票」1 枚目(別府市) ※2枚目(医療機関控)は各医療機関で保管  
別府市分とは区別して別府市医師会に提出。

※医療機関の請求書は、実施月分を翌月10日までに必ず別府市医師会へ提出する。  
(提出が遅れると支払いに影響することがあります。)

#### 2)支払い

委託料(消費税込み)の支払いは、医師会を通じて支払う。

## 5. 予防接種による健康被害等への対応について

別府市が実施する予防接種(予防接種法に基づく予防接種)に起因すると思われる健康被害を診断した場合

### 1) 予防接種後副反応報告制度

指定医療機関は別紙様式 1 予防接種後副反応報告基準(P20)に該当する臨床症状があった場合は、必要な処置などを行うとともに、直ちに別紙様式 1 予防接種後副反応疑い報告書(P19)を用い、厚生労働省へ直接 FAX 報告(FAX:0120-176-146)または、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構ホームページよりダウンロードした入力アプリより報告。同時に別府市健康推進課にもご連絡ください。

別紙様式1予防接種後副反応疑い報告書は別紙様式 1 記入要領(P22-30)を確認し記入する。

※健康被害者の個人情報の取扱いについては十分注意する。

### 2) 予防接種健康被害救済制度

予防接種による健康被害者からの健康被害救済に関する請求について、当該予防接種と因果関係がある旨を厚生労働大臣が認定した場合、別府市は健康被害に対する給付を行う。

## 6. その他

1) ワクチンは各医療機関で購入する。(委託料はワクチン代込み)

2) 各医療機関で無理のない予約調整をする。

3) ほかの予防接種との接種間隔は、制限なし。

インフルエンザワクチンと「新型コロナワクチン」との接種間隔について、旧規定では 13 日以上空けることとされていましたが、新規定では接種間隔の制限がなくなり、同時接種も可能となりました。インフルエンザワクチンと「新型コロナワクチン以外のワクチン」との接種間隔についても制限はありません。

※「インフルエンザワクチン以外のワクチン」と「新型コロナワクチン」の接種間隔は前後 13 日以上空ける必要があります。

※「注射生ワクチン」を接種後「注射生ワクチン」を接種する時は、27日以上空ける必要があります。

## 同意書

私は、本日(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌)予防接種費用の助成を受けるにあたり、診療依頼証又は医療券を提示出来ませんでしたので、健康推進課からひと・くらし支援課に生活保護受給状況について照会することについて同意します。

令和          年          月          日

別府市健康推進課      あて

住 所

別府市 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

自 署 \_\_\_\_\_

生年月日（明治・大正・昭和）      年      月      日（男・女）

## 高齢者インフルエンザ個別予防接種

医療機関別実施報告書 ( 月分)

令和 年 月 日

別府市医師会

会 長 岡 田 豊 和 殿

医療機関名

所 在 地

名 称

代表者名

印

令和 年 月分を予診票添付のうえ、下記のとおり報告します。

| 世 帯 区 分<br>年 齢 区 分          | 接 種 者 数 |     | 接種不可者 |
|-----------------------------|---------|-----|-------|
|                             | 負担者     | 免除者 |       |
| 満 60 歳～64 歳<br>(接種者チェック票添付) |         |     |       |
| 満 65 歳以上                    |         |     |       |
| 合 計                         |         |     |       |

(医療機関→別府市医師会)

相互乗入れ予防接種実施報告書  
(高齢者インフルエンザ予防接種)

令和      年      月      日

別府市医師会 会長 殿

所在地  
医療機関名  
代表者名

印

令和      年      月分を予診票を添付のうえ、下記のとおり報告します。

| 市 町 村 名 | 接 種 者 |       | 接種不可者 |
|---------|-------|-------|-------|
|         | 負 担 者 | 免 除 者 |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
|         |       |       |       |
| 計       |       |       |       |

(注) 医療機関は、実施月分を翌月10日までに別府市医師会へ提出する。

## 満60歳以上65歳未満の接種者チェック票

60歳以上65歳未満の者であって一定の心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又は免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者への接種確認事項

※下記該当項目の□欄にチェック(✓)を記入して下さい。

### ☐ 心臓機能障害

- ☐ (1) 次のいずれか2つ以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活でも心不全症状、狭心症症状または繰り返しアダムスストークス発作が起こるもの。
- ☐ ① 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
- ☐ ② 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- ☐ ③ 心電図で脚ブロック所見があるもの
- ☐ ④ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- ☐ ⑤ 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
- ☐ ⑥ 心電図で心房細動または粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- ☐ ⑦ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- ☐ ⑧ 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導および胸部誘導(ただしⅣを除く)のいずれかのTが逆転した所見があるもの
- ☐ (2) 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。

### ☐ 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、または血清クレアチン濃度が8.0mg/dl以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、または血液浄化を目的とした治療を必要とするものもしくはきわめて近い将来に治療が必要となるもの。

## ☐ 呼吸器機能障害

予測肺活量 1 秒率、動脈血ガスおよび医師の臨床所見により、呼吸困難が強い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 1 秒率の測定ができないもの、予測肺活量 1 秒率が20以下のものまたは動脈血  $O_2$  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 1 秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長との組合わせで正常ならば当然であると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

## ☐ 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。

☐ (1)CD4 陽性Tリンパ球数が200/ $\mu$ L以下で、次の項目(①～⑫)のうち6項目以上が認められるもの。

☐ ① 白血球について3,000/ $\mu$ L未満の状態が 4 週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

☐ ② Hb量について男性12g/dL未満、女性11g/dL未満の状態が 4 週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

☐ ③ 血小板について10万/ $\mu$ L未満の状態が 4 週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

☐ ④ 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

☐ ⑤ 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

☐ ⑥ 健常時に比し10%以上の体重減少がある

☐ ⑦ 月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く

☐ ⑧ 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月の7日以上ある

☐ ⑨ 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

☐ ⑩ 口腔内カンジダ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症および伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある

☐ ⑪ 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である

☐ ⑫ 軽作業を超える作業の回避が必要である

☐ (2)回復不能なエイズ合併症のため介助なくして日常生活がほとんど不可能な状態のもの。

※接種に当たっては、HIV感染の治療に当る主治医の意見を十分に聞いたうえで、本人への説明をつくして意思を確認し、接種の可否を慎重に決定する。

高齢者インフルエンザ予防接種  
疾病による適応の方へのお知らせ(満 60 歳～65 歳未満)

高齢者インフルエンザ予防接種の接種費用は 1,000 円です。

ただし、住民票の世帯員全ての人に市県民税がかかっていない世帯である方は接種費用が無料になります。

該当される方はこのお知らせを持って、市役所市民税課、もしくは各出張所の窓口で「所得・税額証明書」を受け取り、医療機関へ提出してください。(別府市内で税額証明書を取得する場合、証明手数料は無料です)

別府市 健康推進課  
問合せ先 0977-21-1117



## 高齢者インフルエンザ 予防接種について

### 1 インフルエンザについて

インフルエンザウイルスに感染することによって起こります。症状は、鼻水やのどの痛み、高熱、関節痛、筋肉痛などで、普通のかぜより全身症状が強いのが特徴です。

予防接種で防ぐことは可能です。接種していてもインフルエンザにかかる場合もありますが、多くの場合は軽くて済みます。

### 2 接種を控えるべき方について

次のいずれかに該当すると認められる場合には、予防接種を受けることができません。

- (1) 明らかな発熱がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- (3) 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな方
- (4) インフルエンザの予防接種で、接種後 2 日以内に発熱のみられた方及び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方
- (5) 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態であると医師に判断された方

### 3 接種上の注意について

次のいずれかに該当する方は、健康状態や体質等を担当の医師にしっかり伝え、よく相談した上で接種を行ってください。

- (1) 心臓・腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する方
- (2) ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方

## 4 副反応について

季節性インフルエンザワクチンでは副反応として、局所反応(発赤、腫脹、疼痛等)、全身反応(発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、嘔吐等)がありますが、通常 2-3 日で消失します。そのほか、ショック、アナフィラキシー様症状、急性散在性脳脊髄炎、ギランバレー症候群等も重大な副反応としてまれに報告されます。なお、局所の異常反応、体調の変化、高熱、けいれん等の異常な症状を起こした場合には、速やかに医師の診察を受けてください。

## 5 接種後の注意

- ①接種してから24時間は上記の副反応の出現に注意してください。特に、接種直後の30分以内は体調の変化等に注意してください。
- ②予防接種した日の入浴は差し支えありません。接種後1時間を経過すれば入浴は可能です。
- ③過激な運動、大量の飲酒はそれ自体で体調の変化をきたす恐れがあります。接種後24時間は避けてください。

## 6 重篤な副反応発生時の救済制度について

予防接種を受けた方が、疾病、障がい、死亡した場合、厚生労働大臣が予防接種が原因であると認定した際は救済制度があります。別府市健康推進課へお問い合わせください。

## 7 接種費用の免除について

市県民税非課税世帯(住民票の世帯員すべての人に市県民税がかかっていない世帯)・生活保護世帯に該当される方は、税額証明書等があれば無料で接種できます。

(問合せ先)

別府市健康推進課 0977-21-1117

# 副反応報告書(別紙様式1)

(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

## 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 |                                                                       | <input type="checkbox"/> 定期接種                                                                                                  |                           | <input type="checkbox"/> 任意接種 |                   |
| 患 者<br>(被接種者)      | 氏名又は<br>イニシャル<br><small>(定期的場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>             | 性別                                                                                                                             | 1 男 2 女                   | 接種時<br>年 齢                    | 歳 月               |
|                    | 住 所                                                                   | 都 道<br>府 県                                                                                                                     | 区 市<br>町 村                | 生年月日                          | T H<br>S R 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<br>(②～④は、同時接種したものを記載)                                         | ロット番号                                                                                                                          | 製造販売業者名                   | 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・令和 年 月 日 午前・午後 時 分                                                                                                          | 出生体重                      | グラム<br>(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(基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)<br>1 有 2 無 |                                                                                                                                |                           |                               |                   |
| 症 状<br>の 概 要       | 症 状                                                                   | 定期接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。<br>報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名: )                                                |                           |                               |                   |
|                    | 発生日時                                                                  | 平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分                                                                                                          |                           |                               |                   |
|                    | 本剤との<br>因果関係                                                          | 1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能                                                                                                           | 他要因(他の<br>疾患等)の可<br>能性の有無 | 1 有 2 無                       |                   |
|                    | 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: 1 有 2 無                                                |                                                                                                                                |                           |                               |                   |
| 症 状<br>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<br>5 入院(病院名: 医師名:<br>平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 年 月 日 退院)<br>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                                                                |                                                                                                                                |                           |                               |                   |
| 症 状<br>の 転 帰       | 転帰日                                                                   | 平成・令和 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                                                   |                                                                                                                                |                           |                               |                   |

(1ページ)

## 副反応報告書(別紙様式1)

## 予防接種後副反応報告基準

| 対象疾病                       | 症 状                            | 発生までの<br>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<br>(該当するものの番号に「○」を記入) | ジフテリア<br>百日せき<br>急性灰白髄炎<br>破傷風 | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 脳炎・脳症 28日<br>3 けいれん 7日<br>4 血小板減少性紫斑病 28日<br>5 その他の反応 —                                                                                                                                                                                                   | 左記の「その他の反応」を選択した場合<br>a 無呼吸<br>b 気管支けいれん<br>c 急性散在性脳脊髄炎(ADEM)<br>d 多発性硬化症<br>e 脳炎・脳症<br>f 脊髄炎<br>g けいれん<br>h ギラン・バレー症候群 |
|                            | 麻疹<br>風しん                      | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 28日<br>3 脳炎・脳症 28日<br>4 けいれん 21日<br>5 血小板減少性紫斑病 28日<br>6 その他の反応 —                                                                                                                                                                         | i 視神経炎<br>j 顔面神経麻痺<br>k 末梢神経障害<br>l 知覚異常<br>m 血小板減少性紫斑病<br>n 血管炎<br>o 肝機能障害                                             |
|                            | 日本脳炎                           | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 28日<br>3 脳炎・脳症 28日<br>4 けいれん 7日<br>5 血小板減少性紫斑病 28日<br>6 その他の反応 —                                                                                                                                                                          | p ネフローゼ症候群<br>q 喘息発作<br>r 間質性肺炎<br>s 皮膚粘膜眼症候群<br>t ぶどう膜炎<br>u 関節炎<br>v 蜂巣炎<br>w 血管迷走神経反射<br>x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載      |
|                            | 結核 (BCG)                       | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 全身播種性BCG感染症 1年<br>3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎) 2年<br>4 皮膚結核様病変 3か月<br>5 化膿性リンパ節炎 4か月<br>6 その他の反応 —                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |
|                            | Hib感染症<br>小児の肺炎球菌感染症           | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 けいれん 7日<br>3 血小板減少性紫斑病 28日<br>4 その他の反応 —                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |
|                            | ヒトパピローマウイルス<br>感染症             | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 28日<br>3 ギラン・バレー症候群 28日<br>4 血小板減少性紫斑病 28日<br>5 血管迷走神経反射(失神を伴うもの) 30分<br>6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 —<br>7 その他の反応 —                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|                            | 水痘                             | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 血小板減少性紫斑病 28日<br>3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) —<br>4 その他の反応 —                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |
|                            | B型肝炎                           | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 28日<br>3 多発性硬化症 28日<br>4 脊髄炎 28日<br>5 ギラン・バレー症候群 28日<br>6 視神経炎 28日<br>7 末梢神経障害 28日<br>8 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<br>2 急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 28日<br>3 脳炎・脳症 28日<br>4 けいれん 7日<br>5 脊髄炎 28日<br>6 ギラン・バレー症候群 28日<br>7 視神経炎 28日<br>8 血小板減少性紫斑病 28日<br>9 血管炎 28日<br>10 肝機能障害 28日<br>11 ネフローゼ症候群 28日<br>12 喘息発作 24時間<br>13 間質性肺炎 28日<br>14 皮膚粘膜眼症候群 28日<br>15 急性汎発性発疹性膿疱症 28日<br>16 その他の反応 — |                                                                                                                         |
|                            | 高齢者の肺炎球菌感染症                    | 1 アナフィラキシー 4時間<br>2 ギラン・バレー症候群 28日<br>3 血小板減少性紫斑病 28日<br>4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 28日<br>5 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。) 7日<br>6 その他の反応 —                                                                                                                                         |                                                                                                                         |

(2ページ)

## 副反応報告書(別紙様式1)

### <注意事項>

1. 報告に当たっては、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. 報告書中の「症状名」には、原則として医学的に認められている症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、因果関係の有無を問わず、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おそ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症状について、報告してください。なお、アルファベットで示した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ことによるものと疑われる症状については、「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。
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、製造販売業者等と共有します。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関等に対し、詳細調査を行う場合があります。調査への御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もの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、記載いただくことなく結構です。
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接種を受けたかどうかを確認してください。
  - ・ 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が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若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。

予防接種後副反応報告書(別紙様式1記入要領)

予防接種法上の定期接種・任意接種の別

定期接種か任意接種かの別について、該当する方に印を付けてください。

患者(被接種者)

・氏名又はイニシャル

定期接種後に症状を認めた場合にはその患者の氏名を、また、任意接種後に症状を認めた場合にはその患者のイニシャルを記入してください。

・性別

患者の性別について、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は記入しないでください。

・接種時年齢

患者の予防接種時の年齢を記入してください。0歳児については、月齢まで記入してください。

・住所

患者の住所を市町村名まで記入してください。

・生年月日

患者の生年月日を記入してください。

報告者

・氏名

副反応疑い報告書を作成した者の氏名(法人である場合は法人名)を記入してください。  
また、報告者と患者との関係について、該当する番号に○印を記入してください。「その他」の場合には、具体的に記入してください。

・医療機関名

副反応疑い報告書を作成した者の所属(報告者が法人である場合には、開設。以下同じ。)する医療機関名を記入してください。

・電話番号

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の電話番号を記入してください。

・住所

副反応疑い報告書を作成した者の所属する医療機関の所在地を記入してください。

接種場所

・医療機関名

患者が予防接種を受けた医療機関名を記入してください。接種を受けた場所が、医療機関ではない場合には、その具体的な場所や名称を記入してください。

・住所

患者が予防接種を受けた医療機関の所在地を記入してください。



(別紙様式1記入要領)

## ワクチン

### ・ワクチンの種類

患者に接種したワクチンの種類を記入してください。

同時接種をしたワクチンがある場合には、①に報告者が最も症状と関係があるとするワクチンの種類を、②～④には、その他の同時接種をしたワクチンの種類を記入してください。  
なお、どのワクチンが症状と関係があるかどうか判断が付かない場合には、①～④に記入するワクチンの種類の順番は問いません。

なお、同時接種をしたワクチンが5つ以上ある場合には、適宜、余白や別紙に記載し、あわせて報告してください。

### ・各ワクチンのロット番号

患者に接種したワクチンのロット番号を記入してください。

### ・各ワクチンの製造販売業者名

患者に接種したワクチンの製造販売業者名(販売元ではない。)を記入してください。

### ・各ワクチンの接種回数

患者が受けた予防接種の接種回数(期)を記入してください。なお、患者の受けた予防接種が任意接種だった場合には、可能な限り記入をお願いします。

・同時接種するワクチンが5つ以上の場合は、様式の余白や別紙に記載の上、あわせて報告してください。

## 接種の状況

### ・接種日

患者が予防接種を受けた日時を記入してください。

### ・出生体重

患者の出生時の体重を記入してください。患者が乳幼児で無い場合には、記入の必要はありません。

### ・接種前の体温

患者の予診時の体温を記入してください。

### ・家族歴

患者の血縁関係のある者において、症状と関係があると考えられる疾病がある(過去にあった)場合は、記入してください。

・予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1ヵ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)

留意点の有無について、該当する番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

なお、「最近1ヵ月以内のワクチン接種」については、症状の発生から1ヵ月以内に接種したワクチン(「ワクチンの種類」欄に記載したワクチンを除く。)の種類、ロット番号、製造販売業者名、接種回数を記入してください。

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

(別紙様式1記入要領)

症状の概要

・症状

患者の受けた予防接種が定期接種だった場合

該当する症状名について、副反応報告書(別紙様式1)(P20)の「報告基準」の中から該当する番号に○印を記入してください。この際、「その他の反応」を選択した場合には、右欄にある症状の例示の中から、該当するアルファベットに○印を記入してください。(複数の症状が該当する場合には、その全てに○印を記入してください。)重ねて本欄への記入は不要です。なお、該当するものが無く、x を選択した場合には、症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。原則として医学的に認められている症状名を記載してください。

患者の受けた予防接種が任意接種だった場合

症状名の欄に具体的に症状名を記入してください。副反応報告書(別紙様式1)(P20)に同じ症状名がある場合は、できる限り、副反応報告書(別紙様式1)(P20)にある症状名で記載をお願いいたします。原則として医学的に認められている症状名を記載してください。

・発生日時

症状の発生した日時を記入してください。

・本剤との因果関係

予防接種と症状との因果関係について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。

・他要因(他疾患等)の可能性の有無

今回の症状が予防接種ではなく、他疾患の可能性があるかどうかについて、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

・概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等):詳細は別表(P25～30)参照

今回の症状の概要を詳しく記入してください。特に、別表(P25～30)に記載した代表的な臨床所見の有無及び代表的な検査の結果を記入してください。

・製造販売業者への情報提供

今回接種したワクチンの製造販売業者等に情報提供を行ったかどうか、該当する番号に○印を記入してください。不明の場合は、記入しないでください。

症状の程度

今回の症状の程度について、報告者が該当すると考える番号に○印を記入してください。

「重い」を選択した場合には、その程度について該当する番号に○印を記入してください。

なお、「入院」を選択した場合には、入院した病院名、担当医の氏名、入院日及び退院日を記入してください。

症状の転帰

今回の症状の転帰について、報告時点で判明している場合には、転帰日を記入するとともに、その内容について、該当する番号に○印を記入してください。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。

#### 報告者意見

今回の症状の診断、因果関係の評価又は関連があると考えられるその他の事象について、記入してください。

#### 報告回数

今回の症状を厚生労働省に報告する回数について、該当する番号に○印を記入してください。

別表 各症状の概要

| 症 状           | 疾病概要・臨床所見・検査所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 症状発生までの時間 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| アナフィラキシー      | <p><u>疾病概要：</u><br/>即時型（Ⅰ型）アレルギー反応を主たる発生機序とし、通常、抗原に曝露してから 30 分以内（場合によっては数時間後）に突然に発症し、急速な症状の進行を伴う過敏反応である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 皮膚又は粘膜症状</li> <li>□ 循環器症状</li> <li>□ 呼吸器症状</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u><br/>重篤副作用疾患別対応マニュアル：アナフィラキシー<br/><a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0803003.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0803003.pdf</a></p>                                                                                               | 4 時間      |
| 化膿性リンパ節炎（BCG） | <p><u>疾病概要：</u><br/>病原微生物のリンパ流への侵入により、リンパ節に炎症を起こし、化膿した状態である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全身症状（例；発熱、倦怠感）</li> <li>□ 局所症状（例；リンパ節での膿瘍、瘻孔の形成）</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 菌の証明</li> <li>□ 血液検査</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4 か月      |
| 肝機能障害         | <p><u>疾病概要：</u><br/>発生機序を問わず、肝機能に異常を来した状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全身症状（例；例発熱、倦怠感、黄疸）</li> <li>□ 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大）</li> <li>□ 皮膚層状（例；皮疹、掻痒感）</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 血液検査：AST、ALT の変動</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u><br/>重篤副作用疾患別対応マニュアル：薬物性肝障害<br/><a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0804002.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0804002.pdf</a></p> | 2 8 日     |
| 間質性肺炎         | <p><u>疾病概要：</u><br/>肺の支持組織の炎症性病変を示す疾患群である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全身症状（例；発熱）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 8 日     |

(別紙様式1 記入要領)

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                  | <p>□ 呼吸症状 (例; 咳嗽、呼吸困難) 等</p> <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <p>□ 血液検査: 白血球数の増加、低酸素血症</p> <p>□ 培養検査 (血液、喀痰)</p> <p>□ 画像検査 (単純 X 線、CT): びまん性の陰影 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル: 間質性肺炎</p> <p><a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0611002.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0611002.pdf</a></p>                                                                                                                                                                                                                   |             |
| 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) | <p><u>疾病概要:</u></p> <p>自己免疫的な機序により、急性に脳・脊髄・視神経を含む中枢神経系に散在性に脱髄と炎症を来す疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 (通常は単相性の臨床像):</u></p> <p>□ 中枢神経症状 (例; 意識障害、痙攣、小脳失調)</p> <p>□ 脊髄症状 (例; 対麻痺、病的反射)</p> <p>□ 末梢神経症状 (例; 脳神経症状) 等</p> <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <p>□ 病理検査: 中枢神経系の脱髄巣、細胞浸潤</p> <p>□ 血液検査: 白血球増多、赤沈亢進</p> <p>□ 髄液検査: リンパ球優位の細胞数増多</p> <p>□ 画像検査: MRI による散在性の白質病変 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル: 急性散在性脳脊髄炎</p> <p><a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm1104009.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm1104009.pdf</a></p> | 28日         |
| 急性汎発性発疹性膿疱症      | <p><u>疾病概要:</u></p> <p>高熱とともに急速に全身性に小膿疱を有する浮腫性紅斑やびまん性紅斑が多発する疾患である。通常粘膜疹は伴わない。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p> <p>□ 全身症状 (例; 高熱、急速に全身に多発する紅斑 等)</p> <p>□ 局所症状 (例; 紅斑上に多発する小膿疱 等)</p> <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <p>□ 血液検査: 好中球優位の白血球増多と炎症反応 (CRP) の上昇 等</p> <p>□ 病理検査: 角層下膿疱、表皮内膿疱 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル 急性汎発性発疹性膿疱症</p> <p><a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf</a></p>                                                                    | 28日         |
| ギラン・バレー症候群       | <p><u>疾病概要:</u></p> <p>感染等に続発して免疫異常を生じることにより起こる末梢神経系の炎症性脱髄性疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見 (通常は単相性の臨床像):</u></p> <p>□ 両側性の筋力低下</p> <p>□ 腱反射の減弱</p> <p>□ 感覚障害 等</p> <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <p>□ 髄液検査: 蛋白細胞解離</p> <p>□ 電気生理検査: 末梢神経伝導速度の遅延 等</p> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル: ギラン・バレー症候群</p> <p><a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0905002.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0905002.pdf</a></p>                                                                                                                 | 28日         |
| けいれん             | <p><u>疾病概要:</u></p> <p>全身又は一部の筋肉に生じる発作性の不随意運動である。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 7日<br>(麻しん、 |

(別紙様式 1 記入要領)

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                           | <p>その内容は多様であり、発生機序については不明な点が多い。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 意識消失</li> <li>□ 痙攣（全身性、緊張性、間代性、強直間代性、弛緩性）等</li> </ul> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 検温</li> <li>□ 画像検査</li> <li>□ 血液検査</li> <li>□ 脳波</li> <li>等</li> </ul> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：痙攣・てんかん<br/> <a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0905004.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0905004.pdf</a></p> | 風しんは、<br>21日) |
| 血管炎                       | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>非特異性の炎症性変化で、繊維性肥厚や瘢痕化のために血管の閉塞や拡張性変化を生じ、多彩な病態を呈する疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全身症状（例；発熱、体重減少、全身倦怠感）</li> <li>□ 大・中型血管の臓器症状（例；血圧異常、咬筋跛行、視力障害、急性腹症）</li> <li>□ 小型血管の臓器症状（例；皮疹、多発性単神経炎、糸球体腎炎）等</li> </ul> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 病理検査</li> <li>□ 血管造影</li> <li>□ 血液検査</li> <li>等</li> </ul>                                                                | 28日           |
| 血管迷走神経反射<br>(失神を伴うものに限る。) | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>自律神経のバランスが崩れ、血圧の低下、徐脈が生じる病態であり、脳血流が低下して失神に至ることがある。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 失神</li> <li>□ 悪心</li> <li>□ 発汗</li> <li>□ 血圧の低下</li> <li>等</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                              | 30分           |
| 血小板減少性紫斑病                 | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>発生機序を問わず、血小板が減少したために皮膚及び粘膜に紫斑を呈した状態の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 紫斑</li> <li>□ その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血）等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 血液検査：血小板の減少</li> <li>等</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | 28日           |
| 脊髄炎                       | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>脊髄の炎症性疾患の総称。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 疼痛</li> <li>□ 感覚異常</li> <li>□ 筋力低下</li> <li>□ 排尿困難</li> <li>等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 髄液検査</li> <li>□ 画像検査</li> <li>等</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | 28日           |
| 視神経炎                      | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>視神経に起こる炎症により、視機能障害を引き起こす疾患。しばしば多発性硬化症の初発症状となる。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 28日           |



(別紙様式 1 記入要領)

[illegible]

(別紙様式 1 記入要領)

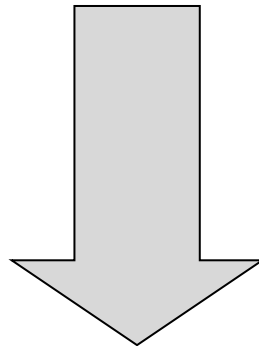
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                  | <p>定義する。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 遷延する意識障害</li> <li>□ 脳圧亢進症状</li> <li>□ その他中枢神経症状<br/>(例；痙攣、大脳局在症状、髄膜刺激症候) 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 病理検査</li> <li>□ 血液検査</li> <li>□ 髄液検査</li> <li>□ 画像検査</li> <li>□ 脳波検査</li> <li>等</li> </ul> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：小児の急性脳症<br/> <a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm1104007.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm1104007.pdf</a></p>                  |       |
| BCG 骨炎 (骨髄炎、骨膜炎) | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>BCG による骨炎、骨髄炎、骨膜炎である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 局所症状 (例；病変部の腫脹、疼痛、腫瘍等) 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 菌の証明</li> <li>□ 画像：骨の透亮像、膿瘍形成 等</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 年   |
| 皮膚結核様病変          | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>真性 (正) 皮膚結核や結核疹等結核菌によって皮膚に起こる病変の総称である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 皮疹 (全身性、限局性)</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 菌の証明</li> <li>□ 病理検査：類上皮肉芽腫、Langhans 巨細胞 等</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               | 3 か月  |
| 皮膚粘膜眼症候群         | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>原因の多くは医薬品と考えられ、全身症状とともに皮膚粘膜移行部に皮疹を呈する疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全身症状 (例；発熱)</li> <li>□ 皮膚症状 (例；多形滲出性紅斑、口唇のびらん)</li> <li>□ 眼症状 (例；結膜充血、眼脂) 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 病理検査</li> <li>□ 血液検査 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：スティーブンス・ジョンソン症候群<br/> <a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0611005_01.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/fm0611005_01.pdf</a></p> | 2 8 日 |
| 注射部位壊死又は注射部位潰瘍   | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>注射部位を中心として蜂巣炎・蜂巣炎様反応 (発赤、腫脹、疼痛、発熱等) があらわれ、壊死や潰瘍に至る症状。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 局所症状 (例；病変部の壊死、潰瘍等) 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 血液検査 等</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                             | 2 8 日 |
| 蜂巣炎 (これに類        | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>皮膚及び皮下組織等に生じる細菌感染症並びにそれに類す</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 7 日   |

(別紙様式1 記入要領)

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| する症状であつて、上腕から前腕に及ぶものを含む。) | <p>る症状である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、発赤等） 等</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 菌の証明</li> <li>□ 血液検査</li> <li>□ 画像：炎症所見 等</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
| 末梢神経障害                    | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>末梢神経（運動神経、感覚神経、自律神経）の働きが低下するために起こる障害。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 運動障害（例；筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等）</li> <li>□ 感覚障害（例；しびれ、疼痛、感覚鈍麻等）</li> <li>□ 自立神経障害（例；排尿障害、発汗障害、起立性低血圧等）</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 血液検査</li> <li>□ 髄液検査</li> <li>□ 生理学的検査 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：末梢神経障害</p> <p><a href="http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0905001.pdf">http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm0905001.pdf</a></p> | 28日 |
| 無菌性髄膜炎（帯状疱疹を伴うものに限る。）     | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>髄膜炎のうち髄液培養で細菌・真菌が検出されないもので、帯状疱疹をとともうものである。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 全身症状（例；高熱、頭痛、悪心・嘔吐 等）</li> <li>□ 帯状疱疹</li> </ul> <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 髄液検査：細胞数増加、ワクチン株の水痘・帯状疱疹ウイルスの検出 等</li> </ul> <p><u>参考資料</u></p> <p>重篤副作用疾患別対応マニュアル：無菌性髄膜炎</p> <p><a href="https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf">https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf</a></p>                                                        | -   |
| 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状       | <p><u>疾病概要：</u></p> <p>接種部位以外を含む疼痛、運動障害を中心とする多様な症状である。ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じていると報告されている。多様な症状とは、具体的には、失神、頭痛、腹痛、発汗、睡眠障害、月経不正、学習意欲の低下、計算障害、記憶障害等である。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -   |

市県民税非課税世帯（住民票の世帯員全ての  
人に市県民税がかかっていない世帯）  
の方の接種（税額証明の流れ）

- ① 市役所か各出張所で所得・税額証明書の交付を受ける  
(60 歳以上 65 歳未満で「疾患による適応」がある方は、医療機関  
より交付された別紙 2(P16)を持参する必要があります)



- ② 所得・税額証明書(健康診査・予防接種申請用)(税額 0 円の記載が  
あります)を医療機関に提出して無料で接種を受ける

## 「税額証明書」の請求方法

### 【市役所・出張所で取得する場合】

- 交付場所…市民税課窓口 もしくは 各出張所
- 必要なもの…
  - ①本人が取得する場合…身分証明書(※1)
  - ②同一世帯の人が取得する場合…窓口に行く人の身分証明書
  - ③第三者が取得する場合…委任状(※2)・窓口に行く人の身分証明書

### 注意！！

接種する人の委任状が必要になります！

### (※1)身分証明書とは…

- ・運転免許証 ・健康保険証 ・パスポート ・身体障害者手帳
- ・精神障害者保健福祉手帳 ・療育手帳 ・在留カード ・特別永住者証明書
- ・写真つき住民基本台帳カード ・運転経歴証明書 ・マイナンバーカード(表面のみ)等

### (※2)委任状とは…便箋等の用紙に、証明される本人が自筆で記入してください。

### 見 本

| 委任状                                                    |          |
|--------------------------------------------------------|----------|
| 別府市長宛                                                  | 令和 年 月 日 |
| 代理人 住 所                                                | _____    |
| 氏 名                                                    | _____    |
| インフルエンザ予防接種のため、上記の者に所得・税額証明書<br>の交付請求及び受領に関する権限を委任します。 |          |
| 委任者 住所                                                 | _____    |
| 氏名                                                     | _____    |
| 印                                                      | _____    |
| 生年月日                                                   | _____    |

※委任者の欄は、接種する人の分だけでよいです。7

### 【郵送にて請求する場合】

市民税課 税制係にお問い合わせください。

電話番号 0977-21-1111(代)



## 予防接種に係る健康被害に対する給付額

|                       |                  |            |                                      |
|-----------------------|------------------|------------|--------------------------------------|
| 法的根拠                  |                  |            | 予防接種法第 2 条                           |
| 救済制度                  |                  |            | 医薬品医療機器総合機構（PMDA）<br>別府市予防接種事故災害補償規則 |
| 給<br>付<br>の<br>範<br>囲 | 医療費              |            | 健康保険等による給付の額を除いた自己負担分                |
|                       | 医<br>療<br>手<br>当 | 通院3日未満（月額） | 34,900円                              |
|                       |                  | 通院3日以上（月額） | 36,900円                              |
|                       |                  | 入院8日未満（月額） | 34,900円                              |
|                       |                  | 入院8日以上（月額） | 36,900円                              |
|                       |                  | 同一月入通院（月額） | 36,900円                              |
|                       | 障<br>害<br>年<br>金 | 1級（年額）     | 2,804,400円                           |
|                       |                  | 2級（年額）     | 2,244,000円                           |
|                       | 遺族年金（年額）         |            | 2,452,800円<br>※10年間を限度として支給          |
|                       | 遺族一時金            |            | 7,358,400円                           |
|                       | 葬祭費              |            | 212,000円                             |

令和4年4月 ※厚生労働省ホームページ参照

**【問合せ先】**

**別府市健康推進課**

**TEL 0977-21-1117**

# 新型コロナワクチンと他のワクチンとの間隔

## 旧規定

他のワクチン

13日以上

新型コロナワクチン

13日以上

他のワクチン

## 新規定

インフルエンザワクチンを含む場合

インフルエンザ  
ワクチン

間隔に  
規定なし

インフルエンザ  
ワクチン

同時  
接種  
可

新型コロナワクチン

間隔に  
規定なし

インフルエンザ  
ワクチン

同時接種もOK、  
1日おきでもOK、2日おきでもOK  
13日おきでもOK、30日おきでもOK

インフルエンザワクチンを含まない場合

インフルエンザ、  
新型コロナ以外の  
ワクチン

13日以上

新型コロナワクチン

13日以上

インフルエンザ、  
新型コロナ以外の  
ワクチン