

令和5年度 带状疱疹ワクチン予防接種実施要領

I.目的	P2	
II.予防接種の実施	P3	
1.受付	P3-6	
2.予診	P7	
3.接種・接種後	P7	
4.実施報告及び委託料の請求・支払	P7	
5.予防接種による健康被害等への対応について	P7	
6.その他	P7-8	
III.資料		
様式第1 带状疱疹予防接種実施報告書	P9	
別紙1 予防接種説明書(带状疱疹予防接種について)	P10-11	
別紙様式1 予防接種後副反応報告書・報告基準	P12-14	
	予防接種後副反応報告書(別紙様式1)記入要領	P15-26
参考資料1 予防接種に係る健康被害に対する給付額	P27	

I. 目的

1. 目的 帯状疱疹の発症を抑制することで生活の質を向上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6年2月1日(木)～令和6年3月31日(日)
※令和6年度も継続して実施予定です。
3. 助成対象ワクチン 不活化ワクチン及び生ワクチン
4. 助成回数 対象者1人につき、不活化ワクチンは2回まで、
生ワクチンは1回までとし、いずれか一方のみを対象
5. 助成額 接種1回あたり不活化ワクチンは10,000円、
生ワクチンは4,000円
※各医療機関が設定する接種費用から、上記助成額を差し引いた額を医療機関窓口で対象者から徴収
6. 対象者 満50歳以上の者 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 双葉町
浪江町 川内村 葛尾村 飯館村)
 - 3)その他市長が必要と認めた者

II. 予防接種の実施

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、過去の接種・助成等の確認
別府市民(住民登録をしていること)

★助成額

区分	別府市助成額	自己負担額
生ワクチン	4,000 円	接種費用から助成額を差し引いた額
不活化ワクチン	10,000 円	接種費用から助成額を差し引いた額

※消費税込みの額

* 確認後は、予診票の右上の該当欄を○で囲んでください。

(不活化ワクチン 2 回目の接種の場合、1 回目の接種日を記入してください)

医療機関記入欄(○をつけてください)		
生ワクチン	不活化ワクチン	
	1 回目	2 回目(前回接種日: 年 月 日)

2. 予診

1) 予診並びに予防接種不相当者及び注意者

(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。

(2) 予防接種不相当者

〈両ワクチン共通〉

- 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当な状態にある者

〈生ワクチンの場合〉

- ① 先天性及び後天性免疫不全状態の者
- ② 副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤等の治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の者
- ③ 妊娠していることが明らかな者
- ④ カナマイシン、エリスロマイシンの抗生剤にアレルギー反応を起こしたことがある者
- ⑤ 輸血、ガンマグロブリン製剤を使用して3か月以内、ガンマグロブリンの大量療法投与後6か月以内の者
- ⑥ 他の生ワクチン（麻しん、風しん、おたふくかぜ等）を接種して27日以内の者

(3) 接種不適合者への対応

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独立行政法人医薬品医療機器総合機構法について、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1 説明書(P10-11)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。

(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。

【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。

該当欄に必ず○、過去の接種歴の確認を

带状疱疹予防接種予診票(助成用)

医療機関記入欄(○をつけてください)

記入漏れがないように原則被接種者が記入

別府市	氏名	性別	診察前の体温
ふりがな	女		発熱者は中止
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 (満 歳)	電話番号
住民票のある住所	別府市		

質問事項

回答欄

医師

今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読み、効果や副反応について理解しましたか	はい	いいえ	「はい」でも確認を
今までに带状疱疹予防接種を受けたことがありますか ワクチンの種類() / 接種日 年 月 日	はい	いいえ	
その時に、別府市の助成を受けましたか ※助成を受けられるのは生涯で1度(生:1回 不活化:2回まで)です	はい	いいえ	副反応の確認
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か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	病気の種類により医師判断で接種の可否を
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() / 接種日 月 日	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()	はい	いいえ	もれやすいので注意
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	
これまでに先天性異常、心臓、腎臓、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	もれやすいので注意
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	もれやすいので注意
その時熱が出ましたか	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 薬品・食品名()	はい	いいえ	もれやすいので注意
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	
最近1か月以内に家庭や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか 病名()	はい	いいえ	もれやすいので注意
6か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(注)	はい	いいえ	
性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	はい	いいえ	もれやすいので注意
が必要であることの説明を受けましたか	はい	いいえ	

・介護施設・福祉施設等で、嘱託医が接種する場合でも、指定医療機関の医師であれば施設内での接種は可能
・予診票の実施場所は、指定医療機関名を記載

接種日を記入

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか (希望します・希望しません) からこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が市に提出されることに同意します。
年 月 日 被接種者自署 (代筆者氏名) 続柄

医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量 (皮下注射) / (筋肉内注射)	実施場所・医師名・接種年月日
---------	-------------------------	----------------

(注) カンザシビルには、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か月以内の方は、生ワクチン接種の場合、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

带状疱疹予防接種(生ワクチン・不活化ワクチン)済証

【接種ワクチンの種類に○をつけてください】

住所	接種年月日	年 月 日
氏名		
生年月日	年 月 日生	医療機関名

切り取って本人に渡す

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。

- ・ 生ワクチン又は不活化ワクチンを使用

※使用するワクチンによって、接種部位、用法等異なるため、要注意

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

提出書類

①様式1「带状疱疹ワクチン予防接種報告書」(P9)

②「予診票」1枚目(別府市)

※2枚目(医療機関控)⇒ 各医療機関で保管

※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(P13)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(P12)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(P15-26)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

予防接種法に基づかない任意の予防接種になるため、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済となります。

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) 「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る。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。

予診票及び説明書は別府市医師会に準備しています。

Ⅲ 資料

様式第1

带状疱疹ワクチン予防接種報告書

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。

予防接種名	区分	実施者数
带状疱疹ワクチン	生ワクチン	
	不活化ワクチン	

带状疱疹 予防接種について

1 带状疱疹について

带状疱疹は、子どものころに感染した水痘・带状疱疹ウイルスが神経節に潜み、ストレスや過労、病気、加齢など、免疫力が低下した際に、再び活性化して発症します。

50歳以上になると増加し、70歳代でピークとなり、80歳までに約3人に1人が発症すると推定されています。

症状は、水ぶくれを伴う発疹（水疱）が、皮膚に分布している神経に沿って帯状に出現します。水疱が見られる2～3日前から痒みや痛みを感じるようになり、1週間程度たつと水疱の多発や発熱、頭痛などの症状がみられることもあります。通常は2～4週間で皮膚症状がおさまります。

また、带状疱疹が治った後も長期に痛みが残る、带状疱疹後神経痛（PHN）に約2割の人がなると言われています。

2 带状疱疹ワクチンは2種類あります。（助成はいずれか一方のみ）

	生ワクチン	不活化ワクチン
接種回数	1回	2回 (1回目の接種後 2～6か月後までに2回目接種)
带状疱疹発症予防効果	50歳代で69.8%	50歳以上で96.6%
効果持続	5年程度	9年以上
頻度10%以上の副反応	発赤(44.0%), 掻痒感(27.4%), 熱感(18.5%), 腫脹(17.0%), 疼痛(14.7%), 硬結(13.5%)	疼痛(79.1%), 発赤(37.4%), 腫脹(24.2%), 胃腸症状(12.0%), 頭痛(28.3%), 筋肉痛(36.9%), 疲労(34.6%), 悪寒(21.4%), 発熱(16.7%)
重大な副反応 (いずれも頻度不明)	アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎	ショック、アナフィラキシー
助成額	4,000円	1回につき、10,000円
助成回数	1回	2回まで
費用(医療機関毎に異なる)	8,000～10,000円程度 (自己負担4,000～6,000円程度)	1回20,000～25,000円程度 (自己負担10,000～15,000円程度)

※出典: 取り扱い説明書(乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」、乾燥組換え带状疱疹ワクチンシングリックス筋注用)、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料

3 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) 過去に带状疱疹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) 生ワクチンの場合は、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方及び免疫抑制をきたす治療を受けている方、妊娠していることが明らかな方
- (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

4 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

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。接種当日は避けてください。
- ④ 接種後、生ワクチンでは特に4週間、不活化ワクチンでは特に1週間は副反応の出現に注意してください。
- ⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ⑥ 生ワクチンの場合、接種後2か月間は、妊娠しないように注意してください。

7 重篤な副反応発生時の救済制度について

带状疱疹ワクチンの予防接種は、予防接種法に基づかない任意の予防接種になります。万が一、予防接種を受けたことによる健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済となります。

(問合せ先)
別府市健康推進課 0977-21-1117

(別紙様式1)

報告先: (独) 医薬品医療機器総合機構
新型コロナウイルスワクチン専用FAX番号: 0120-011-126
その他ワクチン用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・臨時接種、任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種・臨時接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又はイニシャル (姓・名)	フリガナ (定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)	性別	1 男 2 女	接種時 年齢
	住所	都道 府県	区市 町村	生年月日	T H S R 年 月 日生
報告者	氏名	1 接種者 (医師) 2 接種者 (医師以外) 3 主治医 4 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 (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ヶ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)				
	1 有 2 無				
症状の概要	症状	定期接種・臨時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。 急性散在性脳脊髄炎、ギラン・バレー症候群、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)			
	発生日時	平成・令和 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 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 5 入院 病院名: 医師名: 平成・令和 年 月 日 入院 / 平成・令和 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				
症状の転帰	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				

対象疾病	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	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「症状名」に記載
	百日せき			
	急性灰白髄炎			
	破傷風			
	麻疹	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 -	
	風しん			
	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 髄膜炎(BCGによるものに限る。) 7 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 - -	
	Hib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 -	
	小児の肺炎球菌感染症			
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 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの) 4 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(ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレ症候群 6 視神経炎 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 -		
ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 腸重積症 3 その他の反応	4時間 21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 脊髄炎 6 ギラン・バレ症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 急性汎発性発疹性膿疱症 16 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 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 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・バレ症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 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。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 -		
新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。) 3 心筋炎 4 心膜炎 5 熱性けいれん 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 -		

(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つて、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、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で共有します。また、患者（被接種者）氏名、生年月日を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
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。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種（キャッチアップ接種を含む。）にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点としてその旨を明記してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症のキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合については、結果として、異なる種類のワクチンが接種される可能性があるため、別紙様式1「接種の状況」欄に予診票での留意点として過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明である旨を明記してください。
14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトにて報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。
15. 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討してください。
 - けいれん（ただし、熱性けいれんを除く。）、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射（失神を伴うもの）
 - また、「血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）」、心筋炎又は心膜炎については報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。
 - なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトにて新型コロナワクチンに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
16. 電子報告システム（報告受付サイト）による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。URL：
<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
17. FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。新型コロナワクチン専用FAX番号：0120-011-126 その他のワクチン用FAX番号：0120-176-146

(別紙様式1記入要領)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別

定期接種・臨時接種か、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・臨時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。

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。)の接種日、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。

ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種(キャッチアップ接種を含む。)に係る報告の際には、最近1ヶ月に限らず過去のヒトパピローマウイルス感染症の予防接種について、

接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入(※)してください。なお、キャッチアップ接種において、過去に接種したワクチンの種類が不明の場合については、その旨を予診票での留意点に明記(※)してください。

新型コロナワクチンの2回目以降の接種の場合は、最近1ヶ月に限らず前回までの接種について、接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入してください。

(※)の記載例:3回目接種後に報告する場合

1回目 接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○ 2回目

接種日 ○年○月○日 ワクチンの種類 ○○○

(注)過去の接種記録は、予診票等を確認するなどして可能な限り記載してください。

症状の概要

・症状

患者の受けた予防接種が定期接種又は臨時接種だった場合

該当する症状名について、様式2ページ目の「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。様式2 ページ目に同じ症状名がある場合は、できる限り、様式2ページ目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。

また、新型コロナワクチンの2回目以降の接種後の概要について記載する場合は、当該接種時における接種前後の症状の概要に加え、前回までの接種時における接種前後の状況についても関連する症状の発生の有無その他特筆すべき状況について可能な範囲で記載してください。

・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>疾病概要： 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>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）： <input type="checkbox"/> 皮膚又は粘膜症状 <input type="checkbox"/> 循環器症状 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 等</p> <p>参考資料 重篤副作用疾患別対応マニュアル：アナフィラキシー https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1h01_r01.pdf</p>	4 時間
化膿性リンパ節炎（B C G）	<p>疾病概要： 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>代表的な臨床所見：</p>	4 か月

	<input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、倦怠感） <input type="checkbox"/> 局所症状（例；リンパ節での膿瘍、瘻孔の形成） <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査	
肝機能障害	<u>疾病概要：</u> 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。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；例発熱、倦怠感、黄疸） <input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大） <input type="checkbox"/> 皮膚層状（例；皮疹、掻痒感） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：AST、ALTの変動 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：薬物性肝障害 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1i01_r01.pdf	28日
間質性肺炎	<u>疾病概要：</u> 肺の支持組織の炎症性病変を示す疾患群である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱） <input type="checkbox"/> 呼吸症状（例；咳嗽、呼吸困難） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 血液検査：白血球数の増加、低酸素血症 <input type="checkbox"/> 培養検査（血液、喀痰） <input type="checkbox"/> 画像検査（単純X線、CT）：びまん性の陰影 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：間質性肺炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1b01_r01.pdf	28日
急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	<u>疾病概要：</u> 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。 <u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</u> <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、痙攣、小脳失調） <input type="checkbox"/> 脊髄症状（例；対麻痺、病的反射） <input type="checkbox"/> 末梢神経症状（例；脳神経症状） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査；中枢神経系の脱髄巣、細胞浸潤 <input type="checkbox"/> 血液検査；白血球増多、赤沈亢進 <input type="checkbox"/> 髄液検査；リンパ球優位の細胞数増多 <input type="checkbox"/> 画像検査；MRIによる散在性の白質病変 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：急性散在性脳脊髄炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c37.pdf	28日

髄膜炎（BCGによるものに限る。）	<u>疾病概要：</u> 髄膜炎のうち髄液から BCG が検出されるもの。代 <u>表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、頭痛、悪心・嘔吐 等） <input type="checkbox"/> 中枢神経症状（例；意識障害、けいれん、項部硬直などの髄膜刺激症状） <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 髄液検査：細胞数増加、BCG の検出 等	-
全身播種性 BCG 感染症	<u>疾病概要：</u> BCG が全身に播種した状態である。代 <u>表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱、咳嗽） <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等） 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液） <input type="checkbox"/> 血液検査：炎症所見 <input type="checkbox"/> 画像検査：リンパ節腫大、空洞病変、粟粒陰影 等	1 年
喘息発作	<u>疾病概要：</u> 種々の刺激に対して気管、気管支の反応性が亢進していることを特徴とする疾患である。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 呼吸症状 （例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ） 等	2 4 時間
	<u>代表的な検査所見：</u> 急性期には通常の検査で行うべき項目はなく、治療が優先される。	
多発性硬化症	<u>疾病概要：</u> 中枢神経系の脱髄疾患であり、自己免疫性炎症性機序が関与していると考えられている。時間的・空間的多発性が特徴。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> 四肢の麻痺 <input type="checkbox"/> 膀胱直腸障害 等 <u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 発達・知能指数 <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 誘発電位 <input type="checkbox"/> 髄液検査 等	2 8 日
腸重積症	<u>疾病概要：</u> 口側腸管が肛門側腸管に引き込まれ、腸管壁が重なり合うことで引き起こされる疾患。 <u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；間欠的な不機嫌、啼泣等） <input type="checkbox"/> 腹部・消化器症状（例；腹痛、嘔吐、血便等）等代 <u>表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 画像検査：超音波検査における重積した腸管像、腹部 X 線における腸管ガスの分布異常、注腸造影検査における陰影欠損 等	2 1 日

ネフローゼ症候群	<p><u>疾病概要：</u> 尿中に多量の血清タンパク成分を喪失する時にみられる共通の病態をいう臨床的概念である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 浮腫 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 尿検査；蛋白尿 <input type="checkbox"/> 血液検査；低アルブミン血症 等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ネフローゼ症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1e33.pdf</p>	28日
脳炎・脳症	<p><u>疾病概要：</u> 急激な脳の機能不全によって生じる症候群であり、一般に脳実質の炎症所見を伴うものを脳炎、伴わないものを脳症と定義する。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 遷延する意識障害 <input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状 <input type="checkbox"/> その他中枢神経症状 (例；痙攣、大脳局在症状、髄膜刺激症候) 等</p> <p><u>代表的な検査：</u> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 髄液検査 等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：小児の急性脳症 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1j21_r01.pdf</p>	28日
BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎)	<p><u>疾病概要：</u> BCGによる骨炎、骨髄炎、骨膜炎である。代</p> <p><u>表的な臨床所見：</u> <input type="checkbox"/> 局所症状(例；病変部の腫脹、疼痛、腫瘤等) 等</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 画像：骨の透亮像、膿瘍形成 等</p>	2年
皮膚結核様病変	<p><u>疾病概要：</u> 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> <input type="checkbox"/> 皮疹(全身性、限局性)</p> <p><u>代表的な検査所見：</u> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 病理検査：類上皮肉芽腫、Langhans巨細胞 等</p>	3か月

皮膚粘膜 眼症候群	<p><u>疾病概要：</u> 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"> <input type="checkbox"/> 全身症状（例；発熱） <input type="checkbox"/> 皮膚症状（例；多形滲出性紅斑、口唇のびらん） <input type="checkbox"/> 眼症状（例；結膜充血、眼脂） <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 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 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a21.pdf</p>	28日
注射部位 壊死又は 注射部位潰瘍	<p><u>疾病概要：</u> 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"> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の壊死、潰瘍等） <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>代表的な検査：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血液検査 <p style="text-align: right;">等</p>	28日
蜂巣炎(これに 類する症 状であつて、 上腕から 前腕に及 ぶものを含 む。)	<p><u>疾病概要：</u> 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"> <input type="checkbox"/> 局所症状（例；病変部の腫脹、疼痛、発赤等） <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"> <input type="checkbox"/> 菌の証明 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像：炎症所見 <p style="text-align: right;">等</p>	7日
末梢神経 障害	<p><u>疾病概要：</u> 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起こる障害。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 運動障害（例；筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等） 	28日
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 感覚障害（例；しびれ、疼痛、感覚鈍麻等） <input type="checkbox"/> 自律神経障害（例；排尿障害、発汗障害、起立性低血圧等） <p><u>代表的な検査所見：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 髄液検査 <input type="checkbox"/> 生理学的検査 <p style="text-align: right;">等</p> <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：末梢神経障害 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c13.pdf</p>	

<p>無菌性髄膜炎(带状疱疹を伴うものに限る)</p>	<p><u>疾病概要:</u> 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、带状疱疹をともなうものである。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 全身症状 (例; 高熱、頭痛、悪心・嘔吐 等) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 髄液検査: 細胞数増加、ワクチン株の水痘・带状疱疹ウイルスの検出 等 <p><u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル: 無菌性髄膜炎 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c41.pdf</p>	-
<p>疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状</p>	<p><u>疾病概要:</u> 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>	-
<p>血栓症(血栓塞栓症を含む)(血小板減少症を伴うものに限る)</p>	<p><u>疾病概要:</u> 脳静脈、脳静脈洞、内臓静脈等に血栓が生じる疾患であり、血小板減少を伴い、免疫学的機序が想定されている。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 局所症状 (例: 頭痛、霧視、錯乱、けいれん、息切れ、胸痛、下肢腫脹、下肢痛、持続的な腹痛) <input type="checkbox"/> 出血傾向 (例: 接種部位以外の皮膚の内出血、点状出血) <p><u>代表的な検査所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 画像検査: 静脈洞血栓、内臓静脈血栓 等 <input type="checkbox"/> 血液検査: 血小板数減少、凝固異常(D-ダイマー、プロトロンビン時間、フィブリノゲン) 等 <p><u>参考資料</u> 日本脳卒中学会、日本血栓止血学会編 アストラゼネカ社COVID-19 ワクチン接種後の血小板減少症を伴う血栓症の診断と治療の手引き・第2版2021年6月 https://www.jsts.gr.jp/news/pdf/20210601_tts2_3.pdf</p>	28日
<p>心筋炎</p>	<p><u>疾病概要:</u> 心筋炎は、心筋を主座とした炎症性疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 局所症状 (例: 急性発症の胸痛) <input type="checkbox"/> 全身症状 (例: 息切れ、動悸、倦怠感、腹痛、咳嗽、発汗、めまい/失神、浮腫、発熱) <p><u>代表的な検査:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 画像検査: 心臓超音波検査、心臓MRI 検査、冠動脈検査 	28日

	<p style="text-align: right;">等 等</p> <input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB <input type="checkbox"/> 心電図検査 <u>参考資料</u> 日本循環器学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本心不全学会 急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン（2009年改訂版） https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf	
心膜炎	<p><u>疾病概要：</u> 心膜炎は、心臓周囲の膜である心膜に炎症が起こる疾患である。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性発症の胸痛） <input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、嘔気/嘔吐/下痢、咳嗽、発汗、浮腫、発熱）	28日
熱性けいれん	<p><u>疾病概要：</u> 主に乳幼児期に起こる発熱に伴うけいれんである。中枢神経系感染症などの明らかな原因が認められないもの。</p> <p><u>代表的な臨床所見：</u></p> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> けいれん、または脱力・一点凝視・眼球上転等の発作症状 等	7日
	<p><u>代表的な検査：</u></p> <input type="checkbox"/> 画像検査：心臓超音波検査、胸部CT検査 <input type="checkbox"/> 血液検査：CRP、ESR、D-ダイマー <input type="checkbox"/> 心電図検査 等 等	
	<p><u>参考資料</u> 日本小児神経学会熱性けいれん診療ガイドライン策定委員会 熱性けいれん診療ガイドライン 2015 https://www.childneuro.jp/modules/about/index.php?content_id=33</p>	

(参考資料1)

予防接種に係る健康被害に対する給付額

		任意予防接種	
法的根拠		独立行政法人医薬品 医療機器総合機構法	
申請等の実施		本人（または遺族）	
給 付 の 範 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 療 手 当	通院3日未満（月額）	35,800円
		通院3日以上（月額）	37,800円
		入院8日未満（月額）	35,800円
		入院8日以上（月額）	37,800円
		同一月入通院（月額）	37,800円
	障害年金		18歳以上の者に対し支給
		1級（年額）	2,875,200円
		2級（年額）	2,299,200円
	遺族年金（年額）		2,514,000円 ※年金の支払は10年間
	遺族一時金		7,542,000円
	葬祭費		212,000円

2023年4月現在

【問合せ先】

別府市健康推進課

TEL 0977-21-1117