

# 愛知県広域予防接種事業に係る運営要領

## 第1 目的

市町村長が行う予防接種法（昭和23年法律68号。以下「法」という。）第5条第1項に規定する定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）の実施医療機関の範囲を、愛知県内全域とすることにより、定期予防接種対象者の利便性を増し、感染症予防の手段である予防接種率の向上を図るとともに、被接種者の体調、薬の服用歴、アレルギー等の情報を把握している医師（以下「かかりつけ医」という。）が予防接種を実施することにより健康被害の防止を図ることを目的として、愛知県広域予防接種事業（以下「本事業」という。）を実施する。

## 第2 実施地域

本事業は、愛知県内全域で実施する。

## 第3 対象予防接種・期間

本事業の対象予防接種は、法第2条第2項に規定するA類疾病及び、法第2条第3項に規定するB類疾病の予防に有効である予防接種とする。ただし、痘そうの予防接種は除く。

高齢者インフルエンザの対象期間は10月15日から翌年1月31日までとする。  
(令和元年9月3日付け31健対第1512号愛知県保健医療局長通知)

新型コロナウイルス感染症の対象期間は10月15日から翌年2月末日までとする。ただし、各市町村において公告する新型コロナワクチンの接種開始日が10月15日より後、もしくは接種終了日が2月末日より前の場合は、市町村の公告した期間に準ずるものとする。(令和6年9月18日付け6感対第1956号愛知県保健医療局長通知)

## 第4 対象者

本事業の実施対象者は、次に掲げる者とする。

- (1) 住民登録している市町村以外の市町村にかかりつけ医がいる者
- (2) 長期に入院治療を要し、住民登録している市町村で予防接種を受けることが困難な者
- (3) 里帰り出産、家庭内暴力等のため、住民登録している市町村以外での予防接種を希望する者
- (4) 高齢者施設等に入所のため、住民登録している市町村以外での予防接種を希望する者。
- (5) その他市町村長が対象者と認めた者

## 第5 接種協力医師

- 1 本事業に協力する医師（以下「接種協力医師」という。）は、所属する郡市医師

会から公益社団法人愛知県医師会（以下「県医師会」という。）に推薦のあった医師とし、推薦方法については、郡市医師会の推薦基準による。

- 2 接種協力医師は、県医師会が実施する予防接種に関する研修又は講習を積極的に受講する。
- 3 接種協力医師は、第3に規定する対象予防接種のうち、実施できる予防接種のみを実施する。

## 第6 ワクチンの調達

本事業で使用するワクチンについては、接種協力医師の所属する医療機関（以下「接種協力医療機関」という。）において準備するものとする。ただし、本事業に基づく予防接種を希望する者（以下「予防接種希望者」という。）が住民登録している市町村がワクチンを一括購入している場合は、当該市町村と県医師会が協議の上、別に定めるものとする。

## 第7 予防接種の手続き

- 1 予防接種希望者は、接種協力医療機関に事前に本事業に基づく予防接種を受けたい旨を連絡し、医療機関の了解を得る。希望する予防接種にロタウイルスワクチン、小児肺炎球菌ワクチン、ヒトパピローマウイルスワクチン若しくは帯状疱疹ワクチンが含まれている場合は、接種するワクチンの名称を聞き取る。
- 2 予防接種希望者は、住民登録している市町村の予防接種主管課に予防接種を希望する旨を申請する。希望する予防接種にロタウイルスワクチン、小児肺炎球菌ワクチン、ヒトパピローマウイルスワクチン若しくは帯状疱疹ワクチンが含まれている場合は、接種するワクチンの名称を確認する。
- 3 前項の申請を受けた市町村は、予防接種希望者が接種対象者であること及び希望する予防接種実施医師が接種協力医師であることを確認する。
- 4 市町村は、前項の内容を確認した後、申請のあった予防接種に該当する「広域予防接種連絡票又は広域予防接種連絡票兼接種済証（以下「連絡票等」という。）」（様式1-1（A類疾病）、様式1-2（インフルエンザ）、様式1-3（高齢者用肺炎球菌）、様式1-4（新型コロナウイルス感染症）、様式1-5（帯状疱疹））、予診票等を予防接種希望者に交付する。
- 5 A類疾病の予診票については予防接種希望者が住民登録している市町村が指定する様式を使用する。
- 6 B類疾病の予診票については別に定める共通様式（様式2-1、2-2、2-3、2-4）を使用する。ただし、愛知県国民健康保険団体連合会に請求・支払事務を委託する場合に限る。
- 7 接種協力医師は、連絡票等、母子健康手帳、マイナンバーカード等に基づき接種対象者であることを確認し、住民登録している市町村が発行する予診票により予診した後、予防接種を行う。

## 第8 予防接種に関する記録

接種協力医師は、母子健康手帳等に必要事項を記載する。

## 第9 予防接種による健康被害等への対応

- 1 接種協力医師は、被接種者に予防接種による副反応を認めた場合は、必要な処置などを行う。また、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第5条に規定する症状を診断した場合には、速やかに電子報告システム（報告受付サイト URL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告する。なお、電子的な報告が困難な場合はFAX（FAX番号：0120-176-146）にて報告を受け付けている。
- 2 市町村及び接種協力医療機関は、予防接種に当たっては、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、万が一、間違いを把握した場合には、間違いの調査を行い、予防接種の間違い報告書（様式3）及び予診票の写しを県医師会に報告するとともに、万全の再発防止策を講じる。また、市町村は、「法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」（平成25年3月30日付け健発0330第2号厚生労働省健康局長通知 令和2年10月1日施行）別添「定期接種実施要領」の第1総論21「予防接種時の間違いの報告」に基づき対応する。
- 3 接種協力医師は、前項の市町村長の対応に積極的に協力する。
- 4 接種協力医師がコッホ現象を診断した場合は、保護者の同意を得て、直ちに当該被接種者の住民登録している市町村長へ報告する。
- 5 予防接種による健康被害の救済措置は、法第15条により、被接種者の住民登録している市町村長が対応する。

## 第10 契約手続き

- 1 市町村長と郡市医師会又は医療機関との間で締結している現行の定期予防接種委託契約が優先され、これとは別に本事業の実施に係る契約を締結する。
- 2 県医師会は、委託契約書の写しを郡市医師会を通じ、接種協力医師へ送付する。
- 3 委託契約書は毎年度取り交わすものとする。

## 第11 名簿等の作成

- 1 郡市医師会は、接種協力医療機関から「愛知県広域予防接種事業協力承諾書兼委任状（以下「委任状」という。）」（様式4-1）及び「愛知県広域予防接種事業協力医師名簿（以下「個別名簿」という。）」（様式4-2）の提出を受け、毎年2月末までに取りまとめる。
- 2 郡市医師会は、提出された委任状及び個別名簿により、「愛知県広域予防接種事業協力医師・医療機関名簿（以下「地区名簿」という。）」（様式5）を作成し、委任状とともに県医師会に提出し、接種協力医師を推薦する。
- 3 県医師会は、郡市医師会から送付された地区名簿を取りまとめ、「愛知県広域

- 予防接種事業協力医師・医療機関名簿（以下「全体名簿」という。）」（様式 6-1）を作成し、保健医療局感染症対策課（以下「感染症対策課」という。）を通じ、各市町村へ送付するとともに県医師会のホームページに反映させる。
- 4 接種協力医療機関の長は、接種協力医師及び接種可能ワクチンに変更があった場合は「変更届」（様式 7）、本事業への協力を辞退する場合は「辞退届」（様式 8）により郡市医師会を通じ、県医師会に届出を行う。
- なお、郡市医師会の変更又は辞退に係る事項を取りまとめ、「愛知県広域予防接種事業協力医師・医療機関変更新簿（以下「変更新簿」という。）」（様式 6-2）を作成し、県医師会に提出する。
- 5 県医師会は前項の届出に基づき、県全体の変更新簿を作成し、修正した全体名簿と併せ、毎月 20 日（休日に当たるときは、その翌日）までに感染症対策課へ送付する。
- 6 感染症対策課は、県医師会から送付された前項の全体名簿等を速やかに市町村へ送付する。
- 7 年度途中で本事業に参加する医療機関の手続きについては、1 項から 5 項までの規定に準ずる。
- 8 感染症対策課は、毎年 3 月末までに市町村のワクチン毎の委託料を取りまとめ、「愛知県広域予防接種事業料金表」（様式 9）を作成し、県医師会へ送付する。
- なお、原則として年度途中での委託料の変更は認めないこととする。
- 9 県医師会は「愛知県広域予防接種事業料金表」を県医師会のホームページに掲載する。

## 第 12 委託料

- 1 予防接種の委託料は、ワクチン費用、接種手技料等、市町村が負担する金額を指すものとする。
- 2 予防接種希望者の住民登録している市町村が定期予防接種を集団接種で実施している場合は、当該市町村は新たに本事業の実施に係る個別接種委託料を郡市医師会と協議の上、設定する。
- なお、必要に応じ、県医師会が市町村と郡市医師会の調整にあたるものとする。

## 第 13 実績報告

接種協力医療機関の長は、委託業務の毎月の実施状況を「愛知県広域予防接種事業実績報告書兼請求書（以下「請求書」という。）」（様式 10）にとりまとめ、委託業務を実施した月の翌月 10 日（休日に当たるときは、その翌日）までに被接種者の住民登録している市町村へ送付する。

なお、被接種者の住民登録している市町村が愛知県国民健康保険団体連合会に請求・支払事務を委託する場合には、当該委託契約に基づく事務手続きによることとする。

## 第 14 委託料の請求及び支払い

1 接種協力医療機関の長は、委託契約書に定める期日までに、必要な書類（請求書、予診票及びその他必要な書類）を、被接種者の住民登録している市町村へ送付し、委託料を請求する。

なお、被接種者の住民登録している市町村が愛知県国民健康保険団体連合会に請求・支払事務を委託する場合には、当該委託契約に基づく事務手続きによることとする。

2 市町村は、接種協力医療機関から送付された請求書及び予診票を確認し、その内容が適正であると認めた場合は、委託契約書に定める期日までに、接種協力医療機関に委託料を支払う。

## 第 15 住民への周知及び接種協力医師への通知

1 市町村及び感染症対策課は、広報誌、ホームページ等により、本事業について住民に周知する。

2 県医師会は、説明会、研修会及びホームページ等により、本事業の実施に必要な事項を接種協力医師に通知する。

## 第 16 連絡調整

1 本事業に関する各市町村への連絡調整は感染症対策課が、郡市医師会への連絡調整は県医師会が行うものとする。

2 本運営要領の改正及び本事業の運営に関する事項の変更については、感染症対策課が主催し、県医師会、市町村及び愛知県で構成される「愛知県広域予防接種事業調整会議」において協議・決定し、感染症対策課から各構成員へ周知する。

3 「愛知県広域予防接種事業調整会議」の詳細については別に定める。

## 第 17 その他

1 予防接種実施規則（昭和 33 年 9 月 17 日厚生省令第 27 号）に規定された方法以外での接種について、医療機関への委託料の支払い及び被接種者に求める同意書の提出等の取り扱いは各市町村の定めるものによること。

2 本事業の実施にあたっては、市町村からの依頼書は必要としない。

3 連絡票、請求書、口座情報等で知り得た個人情報に関しては、本事業でのみ使用する。

### 附 則

この要領は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 26 年 11 月 25 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 28 年 10 月 1 日から施行する。

ただし、「第 7 予防接種の手続き」1 項から 5 項並びに「第 11 名簿等の作成」各項の規定については、平成 28 年 9 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 29 年 2 月 23 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 29 年 5 月 12 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 30 年 3 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年 5 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 10 月 1 日から施行する。

ただし、「第 7 予防接種の手続き」並びに「第 11 名簿等の作成」から「第 16 連絡調整」の規定については、令和 2 年 9 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 3 年 8 月 26 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 6 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和6年12月27日から施行する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

A類疾病広域予防接種連絡票

住所				TEL	- -
フリガナ		フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 令和 (満 歳 か月)
保護者氏名		被接種者氏名	性別(男・女)		
対象者区分	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 里帰り出産、家庭内暴力等 4 その他( )				

発行日	令和 年 月 日	医療機関 所在市町村	医療機関名		
希望する 予防接種	(注) 医療機関は接種毎に接種日を記入してください				
接種間隔誤りの 取り扱い					
有効期限	本連絡票は令和 年 月 日まで有効です。			愛知県市町村長	公印



(様式1-2)

# インフルエンザ広域予防接種連絡票兼接種済証

住所		TEL	- -
フリガナ		生年月日	大正・昭和
被接種者 氏名			年 月 日 (満 歳)
対象者区分	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他 ( )		

発行日	令和 年 月 日	医療機関 所在市町村	医療機関名
接種可能期間 (有効期限)	令和 年 10月 15日 ~ 令和 年 1月 31日		
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類	1. インフルエンザ広域予防接種連絡票兼接種済証 (この用紙) 2. 予診票 3. 住所・氏名・生年月日を確認できるもの (マイナンバーカード、運転免許証等) 4. その他 ( )		
医療機関 確認事項			
市町村の フリースペース			

### 【注意事項】

#### ◎接種医療機関の方へ


- 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返してください。

#### ◎被接種者の方へ

- 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 本連絡票は、市町村外へ転出日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 接種日時点で〇〇市民でない場合、接種費用が全額自己負担となりますのでご注意ください。
- 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

問い合わせ先：( - - )

<u>インフルエンザ予防接種済証</u>	
接種日：令和 年 月 日	回数：
ワクチンの種類：	実施医療機関名：
メーカー／ロット：	医師名：



愛知県市町村長



(様式1-3)

## 高齢者用肺炎球菌ワクチン広域予防接種連絡票兼接種済証

住所		TEL	- -
フリガナ		生年月日	昭和
被接種者 氏名			年 月 日 (満 歳)
対象者区分	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他 ( )		

発行日	令和 年 月 日	医療機関 所在市町村		医療機関名	
接種可能期間 (有効期限)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。				
接種時に 必要な書類	1. 高齢者用肺炎球菌ワクチン広域予防接種連絡票兼接種済証 (この用紙) 2. 予診票 3. 住所・氏名・生年月日を確認できるもの (マイナンバーカード、運転免許証等) 4. その他 ( )				
医療機関 確認事項					
市町村の フリースペース					

### 【注意事項】

#### ◎接種医療機関の方へ

- 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返してください。

#### ◎被接種者の方へ

- 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 本連絡票は、市町村外へ転出日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 接種日時点で〇〇市民でない場合、接種費用が全額自己負担となりますのでご注意ください。
- 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

問い合わせ先：( - - )

### 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種済証

接種日：令和 年 月 日 回数：  
 ワクチンの種類： 実施医療機関名；  
 メーカー／ロット： 医師名：

印

愛知県市町村長

印

(様式1-4)

## 新型コロナウイルス感染症広域予防接種連絡票兼接種済証

住所		TEL	- -
フリガナ		生年月日	大正・昭和
被接種者 氏名			年 月 日 (満 歳)
対象者区分	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他 ( )		

発行日	令和 年 月 日	医療機関 所在市町村	医療機関名
接種可能期間 (有効期限)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類	1. 新型コロナウイルス感染症広域予防接種連絡票兼接種済証 (この用紙) 2. 予診票 3. 住所・氏名・生年月日を確認できるもの (マイナンバーカード、運転免許証等) 4. その他 ( )		
医療機関 確認事項			
市町村の フリースペース			

### 【注意事項】

#### ◎接種医療機関の方へ

- 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返してください。

#### ◎被接種者の方へ

- 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 本連絡票は、市町村外へ転出日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 接種日時点で〇〇市民でない場合、接種費用が全額自己負担となりますのでご注意ください。
- 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

問い合わせ先：( - - )

## 新型コロナウイルス感染症予防接種済証

接種日：令和 年 月 日 回数： \_\_\_\_\_

ワクチンの種類： \_\_\_\_\_ 実施医療機関名： \_\_\_\_\_

メーカー/ロット： \_\_\_\_\_ 医師名： \_\_\_\_\_

印

愛知県市町村長

印

(様式1-5)

## 带状疱疹広域予防接種連絡票兼接種済証

住所		TEL	- -
フリガナ		生年月日	大正・昭和
被接種者 氏名			年 月 日 (満 歳)
対象者区分	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他 ( )		

発行日	令和 年 月 日	医療機関 所在市町村	医療機関名
接種可能期間 (有効期限)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
接種ワクチン	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」・シングリックス(1回目)・シングリックス(2回目)		
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に 必要な書類	1. 带状疱疹広域予防接種連絡票兼接種済証(この用紙) 2. 予診票 3. 住所・氏名・生年月日を確認できるもの(マイナンバーカード、運転免許証等) 4. その他 ( )		
医療機関 確認事項			
市町村の フリースペース			

### 【注意事項】

#### ◎接種医療機関の方へ

- 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返してください。

#### ◎被接種者の方へ

- 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 本連絡票は、市町村外へ転出日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 接種日時点で〇〇市民でない場合、接種費用が全額自己負担となりますのでご注意ください。
- 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

問い合わせ先：( - - )

### 带状疱疹予防接種済証

接種日：令和 年 月 日 回数：  
 ワクチンの種類： 実施医療機関名：  
 メーカー/ロット： 医師名：

印

愛知県市町村長

印

自己負担額 \_\_\_\_\_ 円

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住 所			
(フリガナ) 氏 名	( )	男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	( ) -

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町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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。( )			
薬や食品 (卵・ゼラチン等) 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などのアレルギー症状がありますか。	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	
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	
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か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 ( 接種日 月 日 )			
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 ( )			
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名 ( )			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

市町村の フリースペース	
-----------------	--

医師記入欄	<p>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 )</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	---

ワクチンロット番号・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日
Lot No.		実施場所
メーカー名	ml	医師名
		接種(予診)年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察・判定後に記入してください。)

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

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※) 意思確認はできましたが、自署できないため、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載します。

代筆者署名及び被接種者との続柄 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

自己負担額 \_\_\_\_\_ 円

診察前の体温

度 分

住 所			
(フリガナ) 氏 名	( )	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	( ) -

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今までに肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか(ニューモバックス NP)。(はいの人は接種できません。)	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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。( )			
薬や食品 (卵・ゼラチン等) 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などのアレルギー症状がありますか。	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か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 ( ) 接種日 ( 年 月 日 )			
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 ( )			
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名 ( )			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

市町村の フリースペース	
-----------------	--

医師記入欄	<p>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 )</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	---

ワクチンロット番号・メーカー名・有効期限	皮下注射・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日
Lot No. メーカー名 有効期限 年 月 日	<input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 筋肉内注射	ml	実施場所 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (医師の診察・判定後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種を希望しますか。

( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※) 意思確認はできましたが、自署できないため、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載します。

代筆者署名及び被接種者との続柄 氏名

続柄 ( )

自己負担額 \_\_\_\_\_ 円

診察前の体温

度 分

住 所			
(フリガナ) 氏 名	( )	男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	( ) -

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症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新型コロナウイルス感染症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 か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 ( 接種日 年 月 日 )	はい	いいえ	
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ている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名 ( )	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

市町村の フリースペース	
-----------------	--

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。  医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日
Lot No.	筋肉内注射	実施場所 医師名
メーカー名	ml	接種(予診)年月日 令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察・判定後に記入してください。)

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

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※) 意思確認はできましたが、自署できないため、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載します。

代筆者署名及び被接種者との続柄 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

自己負担額 \_\_\_\_\_ 円

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住所			
(フリガナ)氏名	( )	男・女	
生年月日	大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	電話番号	( ) -

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日		
今日の带状疱疹ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類( ) 接種日 月 日 )	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	
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。 病名( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

市町村の フリースペース

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号・メーカー名・有効期限	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日
Lot No. メーカー名 有効期限 年 月 日	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」 皮下注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日

带状疱疹予防接種希望書(医師の診察・判定後に記入してください。)

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

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※) 意思確認はできましたが、自署できないため、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載します。

代筆者署名及び被接種者との続柄 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )



# 予防接種の間違い報告書 (愛知県広域予防接種事業)

市町村長 殿

令和 年 月 日

1	被接種者	氏名	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	
2	接種者 (医療機関・ 医師名)	医療機関名	電話番号 ( ) -			
		所在地				
		接種医師名				
		報告者名	(職種/役職: / )			
3	接種の 状況	接種日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分			
		接種予定 ワクチン				
		接種期・回	( ) 期・( ) 回目の接種 (該当する接種のみ記入)			
		ワクチン の種類	製造販売業者 接種部位	ロット番号	接種方法	
4	間違いの 概要 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2.を除く)	正( )を接種するところ 誤( )を接種した			
		<input type="checkbox"/> 2. 対象者を誤認して接種してしまった。	本人へ接種するところ ( ) に 接種した			
		<input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった。	内容 (例: DPT-IPV を 5 回接種した)			
		<input type="checkbox"/> 4. 接種間隔を間違えてしまった。 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ア 生ワクチン→(27日以上を 日)で接種 ※アにチェックの場合は前回接種日を記載 (間違いの起点となるワクチン (今回の接種の前) に接種したワクチン) の種類と接種日 ワクチン名 ( ) 接種日 (令和 年 月 日)			
			<input type="checkbox"/> イ 同じ種類→(令和 年 月 日(前回接種日))から( ヶ月 週 日)の間隔をおくところを( ヶ月 週 日)の間隔で接種			
		<input type="checkbox"/> 5. 接種量を間違えてしまった。	正( ml)を誤( ml)で接種			
<input type="checkbox"/> 6. 接種部位・投与方法を間違えてしまった。	内容 (例: 皮下でなく筋肉内に注射した。)					

4	間違いの概要 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 7. 接種器具の扱いが適切でなかった。(8.を除く)	内容(例:床に落とした注射器を使用した。)
		<input type="checkbox"/> 8. 既に他の対象者に使用した針を使う等、接種器具の適切でない取り扱いのうち、血液感染を起こしうるもの。	内容(例:医師の指に針が刺さったがそのまま使用した。)
		<input type="checkbox"/> 9. 期限の切れたワクチンを使用した。	有効期限(令和 年 月 日)のワクチンを(令和 年 月 日)に接種
		<input type="checkbox"/> 10. 凍らせてしまう、冷蔵されていなかった等、不適切な保管をされていたワクチンを使用した。	内容(例:常温で2日間おいてしまった。)
		<input type="checkbox"/> 11. 対象年齢以外の者へ接種してしまった。	( 歳 月 ~ 歳 月)が対象者の接種を( 歳 月)で接種した
		<input type="checkbox"/> 12. 接種禁忌者へ接種してしまった。 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ア 明らかな発熱(37.5℃以上)者への接種
			<input type="checkbox"/> イ 過去に接種液に含まれる成分によりアナフィラキシーを呈したことがある者へ接種した
			<input type="checkbox"/> ウ 重篤な症状が明らかな者への接種
			<input type="checkbox"/> エ その他( )
		<input type="checkbox"/> 13. その他	
<input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン接種可能期間以外での接種 (接種可能期間が10月15日~1月31日であるのを 月 日に接種)			
<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種可能期間以外での接種 (接種可能期間が 月 日~ 月 日であるのを 月 日に接種)			
5	間違いの原因 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 予診票又は母子健康手帳の確認不足 <input type="checkbox"/> 予診票記載誤り <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 接種に従事する者間での伝達誤り又は誤認 <input type="checkbox"/> ワクチンの確認不足
6	間違いの発覚 (□にチェック)	発覚した日:令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 市町村からの連絡により発覚 <input type="checkbox"/> 被接種者又は保護者からの指摘	<input type="checkbox"/> 接種後の自院の再確認等により発覚 <input type="checkbox"/> その他( )
7	間違い後の状況	1. 保護者又は被接種者等への説明 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (1) 済 (□保護者・□被接種者・□その他( )) 内容(ア~ウを必ず説明しそれぞれに□にチェックを付けて下さい) <input type="checkbox"/> ア 当該接種の身体への影響 □ 有 □ 無 <input type="checkbox"/> イ 今後の接種方法 <input type="checkbox"/> ウ 当該接種は予防接種法第5条1項に規定する定期の予防接種とならず、健康被害が発生した場合、国の救済制度の対象とならない可能性があること

7	間違い後の 状況	1. 保護者又は被接種者等 への説明 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (2)未 (説明をしていない理由 ( <u>必須</u> ))						
		2. 健康被害の発生 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (1)有 <input type="checkbox"/> (2)無 <input type="checkbox"/> (3)不明 (1)にチェックの場合は内容・回復状況を記載して下さい。						
8	医療機関の今後の 間違い防止策								
愛知県医師会確認欄									
市町村記入欄	受付日時	令和	年	月	日	午前・午後	時	受付者	
その他参考事項									

※1 ワクチンにつきそれぞれ報告書を提出して下さい。

※被接種者（保護者）への説明は特段の事情がない限り行って下さい。

※本報告書に記載漏れ等がないかご提出前に再度ご確認をお願いします。

※本報告書の提出と同時に該当する市町村への連絡をお願いします。

※間違いの発覚後速やかに予診票の写しとともに愛知県医師会へご提出をお願いします。

(様式 4 - 1)

## 愛知県広域予防接種事業協力承諾書兼委任状

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県医師会会長 様

医療機関名  
所在地  
電話  
メール  
医療機関の長  
又は管理者名

私は、県内各市町村長が予防接種法第5条第1項の規定に基づき実施する定期予防接種に係る愛知県広域予防接種事業に協力いたします。

また、当該予防接種の協力に関する下記の業務委託契約にあたっては、その契約締結の権限を公益社団法人愛知県医師会会長に委任いたします。

記

愛知県広域予防接種事業に関する業務委託契約（令和\_\_\_\_\_年度）







愛知県広域予防接種事業協力医師・医療機関変更名簿

所在地	医療機関名	電話番号	区分(注)	医師名	接種可能ワクチンに○を記入																							
					A類疾病											B類疾病												
					百日せき・ジフテリア・破傷	ジフテリア・破傷風(DT)	急性灰白髄炎	(DPTPV)	百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎	5種混合	麻疹・風しん	風しん	日本脳炎	結核(BCG)	Hib感染症	小児用肺炎球菌感染症(15価)	小児用肺炎球菌感染症(20価)	ヒトパピローマウイルス感染症			水痘	B型肝炎	ロタウイルス感染症		高齢者インフルエンザ	高齢者用肺炎球菌感染症	新型コロナウイルス	帯状疱疹
																		サーバリックス(2価)	ガーダシル(4価)	シルガード9(9価)			ロタリックス(1価)	ロタテック(5価)				
<input type="checkbox"/> 新規追加ワクチン	<input type="checkbox"/> ワクチン削除	<input type="checkbox"/> 医師辞退	<input type="checkbox"/> 医療機関辞退	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 新規追加医師																							

(注)新規追加医師:接種協力医師として名簿に記載されていない医師を新たに愛知県広域予防接種事業の医師として名簿に記載する場合(医師名及び接種可能ワクチンを記載)  
 新規追加ワクチン:接種協力医師が接種可能ワクチンを新たに追加する場合(医師名及び接種可能な全てのワクチンを記載)  
 ワクチン削除:接種協力医師が接種可能ワクチンを削除する場合(医師名及び変更後の接種可能ワクチンを記載)  
 医師辞退:接種協力医師として名簿に記載されている医師が異動等により当該医療機関の名簿から除かれる場合(辞退する医師名を記載)  
 医療機関辞退:愛知県広域予防接種事業の接種協力医療機関を辞退する場合(医師名及び接種可能ワクチンの欄の記載は不要)



(様式7)

## 変 更 届

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県医師会会長 様

医療機関名  
所在地  
電 話  
メー ル  
医療機関の長  
又は管理者名

愛知県広域予防接種事業について、下記のとおり変更しますので届出ます。  
記

変更事項（該当項目にチェックする）

- 接種協力医師
- 接種可能ワクチン
- その他（ ）

(変更前)

(変更後)

(添付書類)

接種協力医師の変更にあつては、「愛知県広域予防接種事業協力医師名簿」（様式4-2）を添付すること。

(様式8)

辞 退 届

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県医師会会長 様

医療機関名  
所在地  
電 話  
メー ル  
医療機関の長  
又は管理者名

愛知県広域予防接種事業について、下記の理由により辞退します。

記

### 愛知県広域予防接種事業料金表(令和 年度)

市町村名:	
担当課:	
電話:	
ファクシミリ:	

分類	ワクチンの種類	年齢区分	委託料*	ワクチンコード	年齢コード	備考
A 類 疾 病	百日せき・ジフテリア・破傷風(DPT)					
	ジフテリア・破傷風(DT)					
	急性灰白髄炎					
	百日せき・ジフテリア・破傷風・急性灰白髄炎(DPT-IPV)					
	麻しん・風しん(MR)					
	麻しん					
	風しん					
	日本脳炎					
	結核(BCG)					
	Hib感染症					
	小児用肺炎球菌感染症(15価)					
	小児用肺炎球菌感染症(20価)					
	ヒトパピローマウイルス感染症(サーバリックス・2価)					
	ヒトパピローマウイルス感染症(ガーダシル・4価)					
	ヒトパピローマウイルス感染症(シルガード・9価)					
	水痘					
	B型肝炎					
	ロタウイルス感染症(ロタリックス・1価)					
	ロタウイルス感染症(ロタテック・5価)					
	5種混合					
B 類 疾 病	高齢者インフルエンザ	自己負担あり(減免なし)				
		自己負担なし(減免あり)				
	高齢者用肺炎球菌感染症	自己負担あり(減免なし)				
		自己負担なし(減免あり)				
	新型コロナウイルス感染症	自己負担あり(減免なし)				
		自己負担なし(減免あり)				
带状疱疹(ビケン)	自己負担あり(減免なし)					
	自己負担なし(減免あり)					
带状疱疹(シングリックス)	自己負担あり(減免なし)					
	自己負担なし(減免あり)					
その他	ワクチン未接種時(予診のみ)の診察料	A類疾病				
		B類疾病				
特記事項						

\*消費税及び地方消費税を含む。

(様式 10)

愛知県広域予防接種事業実績報告書兼請求書

令和 年 月 日

市町村長 様

所在地 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
医療機関の長又は  
管理者名 \_\_\_\_\_

令和 年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これに係る委託料を下記の通り請求します。

記

ワクチンの種類	年齢区分	委託単価(円)	接種件数	金額(円)
合計				

振込口座

銀行・信金 信組・農協		支店
普通・当座 (どちらかに○印を)		
口座番号		
フリガナ		
口座名義人氏名		