

健康・医療

新型コロナウイルスワクチンの接種を行う 医療機関へのお知らせ

- 1) [実施に関する手引き](#) 2) [接種委託医療機関となるには](#) 3) [接種の準備](#) 4) [接種の実施](#)
5) [副反応疑い報告のお願い](#) 6) [接種医療機関・医療従事者への支援](#) [関連資料](#)

新型コロナウイルスワクチンの接種を行っていただく医療機関や、接種に従事される方々へのご案内です。

このページには、医療機関に行っていただきたいことの概要を掲載しています。詳細は「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」や、関係資料をご参照ください。

新型コロナウイルスワクチンの接種を進めていくためには、皆様のご協力が不可欠です。接種体制の整備や、円滑な接種へのご協力をお願いいたします。

1) 実施に関する手引き

新型コロナウイルスワクチンの接種を行う医療機関に行っていただくことを、詳しく記載した文書です。

- ① [「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き（3.0版）」](#)（令和3年6月1日）
PDF [別添 臨時接種実施要領](#) [PDF] [🔗](#) ※更新
- ③ PDF [様式3-1 予診票](#) [PDF] [🔗](#) ※更新
X [様式3-2 新規付番申請様式2（医療機関用）](#) [Excel] [🔗](#)
PDF [様式4-1 医療従事者向け接種記録書](#) [PDF] [🔗](#)
W [様式4-3 間違い接種チェックリスト](#) [Word] [🔗](#)
X [様式5-1 口座申請・変更時の市区町村への提出書類（参考様式）](#) [xlsx] [🔗](#)
X [様式5-2 口座変更時の国保連への提出書類](#) [xlsx] [🔗](#)
- ⑧ W [様式7-1 情報連携シート（基本型→携帯型/サテライト型）](#) [docx] [🔗](#) ※更新
W [様式7-2 台帳（基本型）](#) [docx] [🔗](#)
- ⑨ PDF [様式8-1 副反応疑い報告様式](#) [PDF] [🔗](#)
PDF [様式9-1 医療費・医療手当申請用症例概要](#) [PDF] [🔗](#)

【以前の版】

[1.1版](#)（令和3年2月12日）、[2.0版](#)（令和3年2月24日）、[2.1版](#)（令和3年4月16日）

[ページの先頭へ戻る](#)

2) 接種委託医療機関となるには

接種委託医療機関となるには、次のような手続きを行っていただきます。できるだけ、接種を始める1か月くらい前までに着手いただくようお願いします。

集合契約への参加（資料はこちら）

「集合契約」と呼ばれる方法で、一括して全国の市町村から委託契約を受けるための、委任状を提出します。委任状は、ワクチン接種契約受付システムに、必要事項を入力すると、PDFファイルで作成されます。作成した委任状を取りまとめ団体に提出し、取りまとめ団体がシステムの情報と照合して受領確認を行うと、登録が完了します。

※ワクチン接種契約受付システムのウェブサイトは、取りまとめ団体を通じてお知らせしています。


※関連資料

▷[取りまとめ団体のリスト](#)

《保険医療機関コード等のない医療機関の手続き》

保険医療機関コード（医科）、特定健診機関コード及び介護保険事業者番号（介護老人保健施設・介護医療院）のいずれも有しない医療機関が委任状を提出するためには、都道府県を通じて申請し、保険医療機関コード等に相当するコードの新規付番を受けることが必要です。新規付番の詳細は、[令和3年3月22日付事務連絡「保険医療機関コード等が存在しない接種施設の手続きについて」](#)をご参照ください。

※申請書

[X 都道府県・市町村以外の者が申請する場合の類似コード新規付番申請書（申請書様式2）](#) [Excel : 1.0MB] 

V-SYS（ワクチン接種円滑化システム）への初期登録（資料はこちら）

V-SYSは、ワクチンの配送に関する情報のやりとりを行うためのシステムです。集合契約への参加時に登録したメールアドレスに、V-SYS用のIDが送付されます。パスワードは届いたメールから自ら初期設定を行っていただきます。

V-SYSに医療機関情報を入力すると、初期登録が完了します。併せて、取り扱う予定のワクチンや、接種する医師の連絡先などを入力いただきます。この情報をもとに、ワクチンメーカーから、医薬品に関する情報提供がなされます。

■困ったときは・・・

皆様からいただくご質問とご回答をまとめました。ヘルプデスクにご連絡いただく前にぜひご確認ください。

- [委任状の作成（医療機関向け）](#)
- [委任状の受領（取りまとめ団体向け）](#)
- [V-SYSへの初めてのログイン（医療機関等向け）](#)

《IDの送付状況（5月末時点）》

接種施設となる医療機関に、V-SYSのIDの送付を段階的に行っており、5月末時点で約64,000施設に送付が終わっています。

現在、取りまとめ団体での委任状の受領確認が行われた施設には、受領確認から概ね3営業日を目標にIDを送付しております。

[ページの先頭へ戻る](#)

3) 接種の準備

物品の準備（資料はこちら）

接種を行う医療機関には、ワクチンや針・シリンジなどが提供されます。接種を行う医療機関側には、ワクチン保存用の冷蔵庫、体温計、救急用品など、一般のワクチン接種に必要な物品の準備が必要です。

※希釈用のシリンジ・針については、当初、接種を行う医療機関で用意いただくこととしていましたが、接種用のシリンジ・針と同様に国から提供できることになりました。詳細は[こちら](#)（2021/3/22）

ワクチンの配分を受ける（資料はこちら）

ワクチンの配分を受けるためには、供給クール毎に、接種可能量（希望量）をV-SYSに入力します。その後、自治体毎の割当量等と調整が行われ、配送予定量と予定日が決まるとメールで案内されます。

被接種者への案内と予約の受付（資料はこちら）

参考資料 3

V-SYSに入力した医療機関情報をもとに、新型コロナワクチン接種総合案内サイト「[コロナワクチンナビ](#)」に、接種医療機関の一覧が表示されます。また、医療機関の予約の受付状況（受付中、受付不可）をV-SYS上で更新いただくと、その情報が「[コロナワクチンナビ](#)」に表示され、予約受付が可能かどうかを広く知らせることが出来ます。

予約の受付は原則として医療機関で行っていただきます。電話番号や医療機関のWebアドレスを「[コロナワクチンナビ](#)」に表示することができます。

[ページの先頭へ戻る](#)

4) 接種の実施

ワクチンの取り扱い

ワクチン毎に、ワクチンの取り扱いが異なります。

ファイザー社のワクチンについては、超低温冷凍庫で保存することとされており、解凍後は2℃～8℃で保存し1か月以内に使用します。（令和3年5月31日から、2℃～8℃で保存できる期間が5日→1か月以内に変更されました。）また、接種時に生理食塩水での希釈を行います。超低温冷凍庫のある施設からその他の施設に移送する場合には、温度管理に注意し、揺れが少ないよう移送します。

詳しい取り扱いについては、それぞれの資料をご覧ください。

※関連資料

▷ファイザー社のワクチンの取り扱い

▷ファイザー社のワクチンの追加情報

▷新型コロナワクチン（ファイザー社）の輸送の影響に関する検証（公開版）[PDF:2,512KB]（国立医薬品食品衛生研究所）

▷アストラゼネカ社のワクチンの取り扱い

▷武田/モデルナ社のワクチンの取り扱い

接種の進め方（資料はこちら）

窓口に来た接種希望者の接種券、本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、被保険者証等）をもとに、以下を確認します。

- ・本人確認（接種券の氏名や住所が合っているか）
- ・優先順位毎の適切な接種時期に合っているか
- ・住民票所在地の市町村で接種を受けているか

※入院中・福祉施設等に入所中・基礎疾患で通院中の方、副反応のリスクが高い等のため医師の判断により体制の整った医療機関での接種が必要な方、住所地外接種届出済証（スマートフォン等の画面に表示されている場合を含む）を持っている方や、災害の罹災者は、他の市町村でも接種できます。また、在宅での接種

は、医療機関の所在する市町村以外に訪問して行うことができます。

予診票の記載を確認し、予診（検温、問診及び必要な診察）を行い、接種が可能か判断します。

予診票に接種の可否を記載した上、接種を行います。予診票に接種券とワクチンのシールを貼り必要事項を記載します。接種券の右側にある予防接種済証には、ワクチン毎のシールを貼り、医療機関名等を記載して、接種を受けた方にお返しします。

接種を受けた方には、15分以上（アナフィラキシーなどの重いアレルギー症状を引き起こしたことがある方、採血等で気分が悪くなったり失神等を起こしたことがある者には30分）経過観察を行い、異常がみられたときには診察や応急処置など、必要な対応を行います。

※関連資料

- ② [▷接種の優先順位について](#)
- ③ [▷予診票の様式](#)
- ④ [▷新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver2.1（令和3年5月28日版）](#)
- ⑤ [▷【ファイザー社】新型コロナワクチンの説明書](#)
[▷【武田/モデルナ社】新型コロナワクチンの説明書](#)
- ⑥ [▷予診票に記載された「血をサラサラにする薬」について](#)
[▷臨時接種実施要領（接種間隔、接種不相当者、接種要注意者など）※更新](#)
[▷医療従事者のための新型コロナウイルスワクチンを安全に接種するための注意とポイント](#)
[動画（4月2日厚生労働省公式You Tubeにて公開）](#)
[リーフレット【PDF：7, 260KB】](#)
（厚生労働行政推進調査事業費補助金“新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業”「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」）
[▷『新型コロナワクチン より安全な新しい筋注の方法 2021年3月版』日本プライマリ・ケア連合学会ワクチンチーム 製作・監修（3月15日公開）](#)

接種後の副反応への備え（資料はこちら）

接種後の副反応などの症状に対応できるよう、予め救急用品等の準備を行います。

接種を行った方には、リーフレット等を活用して、副反応に関する情報等を提供します。

接種直後に何らかの症状が生じた方だけでなく、接種後に副反応を疑って受診をされた方についても、まずは、接種医やかかりつけ医など、身近な医療機関で診療をお願いいたします。

副反応を疑う事例のうち一定のものについては報告の必要があります。下の「副反応疑い報告のお願い」をご覧ください。

※関連資料

- ▷接種後の配布用リーフレット：[⑦【ファイザー社用】](#) [【武田/モデルナ社用】](#)

接種人数の報告（資料はこちら）

V-SYSを通じて、接種した人数の報告をお願いします。

請求と支払（資料はこちら）

費用の請求は、予診票を使って行います。毎月、住所地の市町村ごとにまとめた上、原則として、翌月10日までに、同一市町村内のものは市町村またはその委託先、市町村外の場合は国保連に提出します。

V-SYSによる請求書の作成方法などの詳細は、資料をご確認ください。

- ▷ [予診票の仕分け方法【PDF：1MB】](#)

[ページの先頭へ戻る](#)

5) 副反応疑い報告のお願い

予防接種を受けた方に、予防接種を受けたことによるものと疑われる症状（副反応を疑う症状）のうち、定められたものが出たことを知った場合は、速やかに報告することとされています。

報告いただいた情報は、PMDA（医薬品医療機器総合機構）が取りまとめたうえで、厚生労働省の審議会で評価され、安全な予防接種の実施や、国民の皆さまへの情報提供に役立てられます。

報告の対象となる症状や報告方法など、詳しくは[こちら](#)へ

[ページの先頭へ戻る](#)

6) 接種医療機関・医療従事者への支援

新型コロナワクチン接種に従事する医療機関・医療従事者の方々に役立つ情報をご案内します。

接種従事者に関する情報

▷人材確保のための求人・求職サイト

新型コロナワクチン接種医師・看護職募集サイトのご案内です。ご協力いただける医師・看護職の方も、求人を行う医療機関もご利用ください。

- ・「[医療のお仕事 Key-Net](#)」（医師・看護職・事務職）
- ・「[Save the town](#)」（医師）
- ・「[eナースセンター](#)」（看護職）

▷労働基準法第33条（災害等による臨時の必要がある場合の時間外労働等）の適用について

接種の実施に関する業務に従事する場合の時間外労働の上限の考え方についてお示ししています。

▷ワクチン接種業務に従事する医療職の被扶養者の収入確認の特例について

ワクチン接種業務に従事する医療職の健康保険の被扶養者・国民年金の第3号被保険者の収入確認について、臨時的な特例を設けています。

接種費用、診療報酬の取り扱いに関する情報

- 医療機関への追加支援策（まとまった規模の接種を行う医療機関への接種費用の加算など）

▷「[新型コロナウイルスワクチンの個別接種の促進について](#)」（令和3年5月25日事務連絡）

▷「[新型コロナウイルスワクチンの個別接種の促進策の継続及び職域接種における支援策について](#)」（令和3年6月18日事務連絡）

参考資料2

- 時間外・休日に接種を行う場合の接種委託料引き上げ

▷「[新型コロナワクチンの時間外・休日の接種について](#)」（令和3年4月30日事務連絡）

※「[時間外・休日](#)」の定義

- 接種に従事する場合の診療報酬・介護報酬上の人員基準の取り扱い

▷「[新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その38）](#)」（令和3年3月22日事務連絡）

▷「[介護老人保健施設等の医師が新型コロナ予防接種に協力する場合の取扱いについて（周知）](#)」（令和3年5月6日事務連絡）

▷ 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」

・ 第22報（令和3年5月20日事務連絡）

・ 第23報（令和3年6月8日事務連絡）

● 保険診療と同日に接種した場合の取り扱い等

▷ 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」

・ その46（令和3年5月11日事務連絡）（問3，問4）

・ その49（令和3年6月17日事務連絡）

[ページの先頭へ戻る](#)

関連資料

通知・事務連絡については、自治体向け通知・事務連絡等のページにまとめて掲載しています。

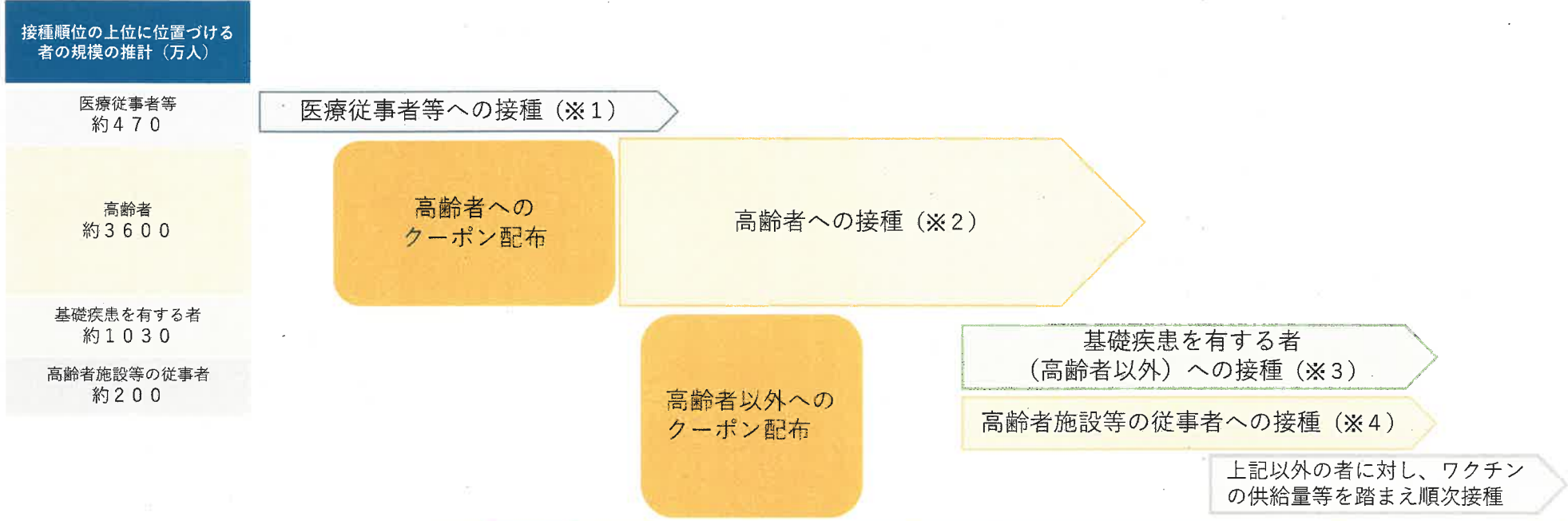
[ページの先頭へ戻る](#)



PDFファイルを見るためには、Adobe Readerというソフトが必要です。Adobe Readerは無料で配布されていますので、こちらからダウンロードしてください。

接種順位の上位に位置づける者の接種順位と規模(想定)

● これまでの議論を踏まえると、接種順位、対象者の範囲・規模について、現時点では以下のように想定される。



※1 推計数は知事会調べ

- 新型コロナウイルス感染症患者(新型コロナウイルス感染症疑い患者を含む。以下同じ。)に直接医療を提供する施設の医療従事者等(新型コロナウイルス感染症患者の搬送に携わる救急隊員等及び患者と接する業務を行う保健所職員等を含む。)
- 医療従事者については市町村からのクーポン配布によらずに接種できる仕組みを検討中

※2

- 令和3年度中に65歳以上に達する人
- ワクチンの供給量・時期等によっては、細分化が必要な場合がある

※3

- 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方
 - 慢性の呼吸器の病気
 - 慢性の心臓病(高血圧を含む。)
 - 慢性の腎臓病
 - 慢性の肝臓病(肝硬変等)
 - インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
 - 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)
 - 免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。)
 - ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
 - 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
 - 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態(呼吸障害等)
 - 染色体異常
 - 重症心身障害(重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態)
 - 睡眠時無呼吸症候群
 - 重い精神疾患(精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療(精神通院医療)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障害(療育手帳を所持している場合)
- 基準(BMI 30以上)を満たす肥満の方

※4

- 高齢者等が入所・居住する社会福祉施設等(介護保険施設、居住系介護サービス、高齢者が入所・居住する障害者施設・救護施設等)において、利用者に直接接する職員(市町村の判断により、一定の居宅サービス事業所等及び訪問系サービス事業所等の従事者も含まれる。(一定数))

基礎疾患を有する方の新型コロナウイルスワクチン接種について

基礎疾患を有する方の新型コロナウイルスワクチンについては、高齢者の次に、ワクチンを受けることができます。かかりつけ医等とご相談の上、お住まいの自治体から接種券が届いた後、早めの予約をお願いします。

基礎疾患を有する方の範囲

○ 令和3年度中に65歳に達しない者であって、以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- ・ 慢性の呼吸器の病気
- ・ 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- ・ 慢性の腎臓病
- ・ 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- ・ インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
- ・ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- ・ 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）
- ・ ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
- ・ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- ・ 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
- ・ 染色体異常
- ・ 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
- ・ 睡眠時無呼吸症候群
- ・ 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

○ 基準(BMI30以上)を満たす肥満の方

※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

※ BMI30の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

基礎疾患を有する方の確認方法

- ・ 診断書等の証明書は必要ありません。
- ・ 接種の際に、予診票の質問事項に記載してください(重い精神疾患や知的障害の者の場合は、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療受給者証、療育手帳を持参してもよいですが、予診票等によって確認することも可能です)。(※)
- (※) 基礎疾患を有する者について、診断書などの証明書を求めることとした場合 コロナ対応やワクチン接種で逼迫している医療現場に負担がかかること等から、予診票による確認としています。

接種場所（住所地外の取扱い）

- ・ 基礎疾患を有する方が、かかりつけの医療機関で接種する場合は、住所地外の届出は不要です。
- ・ かかりつけの医療機関が接種を行っていない場合には、住所地の自治体等で接種できるようにご相談ください。
- ・ 接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」でも、ワクチンを接種できる医療機関を探すことができます。

接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」 <https://v-sys.mhlw/go/jp>



先行予約期間・予約方法

- ・ 基礎疾患を有する方の住所地の自治体にご確認ください。

【問い合わせ先】

〇〇〇市町村〇〇〇課

電話：000-0000（〇：〇〇～〇〇：〇〇）

メールアドレス：〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇.〇〇〇.〇〇

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	氏名	電話番号
生年月日(西暦)	年 月 日 生(満 歳)	男・女
診察前の体温	度	分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応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)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は
保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

新型コロナウイルスワクチン

予診票の確認のポイント

Ver 2.1

(令和3年5月28日版)

厚生労働省
健康局健康課予防接種室

目次

1	新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。	2
2	現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	2
3	「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	2
4	接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。	3
5	現在何らかの病気にかかって治療（投薬など）を受けていますか。	3
6	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。	3
7	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。	4
8	今日、体に具合が悪いところがありますか。	4
9	けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	4
10	薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。	5
11	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。	6
12	現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか。または、授乳中ですか。	6
13	2週間以内に予防接種を受けましたか。	6
14	今日の予防接種について質問がありますか。	7
	・ 予診票の取り扱いに関するその他の事項	7

※1～4, 13 は事務職員等が確認可能です。その他の項目も、記入の有無などの確認を事務職員等が行うことができます。

5～12, 14 は、最終的に医師が確認した上で接種を判断する必要があります。こうした項目の記載内容を、医師以外の医療従事者が予め確認することで、医師の予診の時間が短縮されることが考えられます。

※旧様式の予診票には、6「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。」がありますが、新様式からは削除されました（令和3年5月28日付事務連絡「新型コロナワクチンに係る予診票の様式変更について」）。旧様式を使用した場合の当該設問欄の取り扱いについては、p.3にお示ししています。

「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver2.1（令和3年5月28日版）」では、ファイザー社のワクチンと、武田/モデルナ社のワクチンの接種に際して、確認すべきポイントについて、解説しています。

※「コミナティ」（ファイザー）を「ファイザー社のワクチン」、
「COVID-19 ワクチンモデルナ」（武田薬品）を「武田/モデルナ社のワクチン」と表記しています。

1 新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。

確認のポイント

接種間隔の確認を行います。また、2回目の接種の記載がある方は、接種はできません。

(解説)

ファイザー社のワクチン及び武田/モデルナ社のワクチンは、それぞれ接種間隔が異なります。2回目の接種の場合、持参した予防接種済証にて、1回目に接種したワクチンと同じワクチンであることを確認し、接種間隔の確認を行ってください。

○ファイザー社のワクチンの接種間隔：

標準的には20日の間隔をおいて2回接種します。(1回目から3週間後の同じ曜日に2回目を接種。)

最短では、18日以上の間隔をおいて接種が可能です。(1回目から3週間後の同じ曜日の2日前に2回目を接種。)

1回目接種からの間隔が20日を超えた場合、できる限り速やかに2回目を接種します。

○武田/モデルナ社のワクチン接種間隔：

標準的には27日の間隔をおいて2回接種します。(1回目から4週間後の同じ曜日に2回目を接種。)

最短では、20日以上の間隔をおいて接種が可能です。(1回目から3週間後の同じ曜日に2回目を接種。)

1回目接種からの間隔が27日を超えた場合、できる限り速やかに2回目を接種します。

2 現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。

確認のポイント

現時点で住民票のある市町村が、クーポン券に記載のある市町村(クーポン券の発行時点で住民票のあった市町村)と異なる方は、現時点で住民票のある市町村からクーポン券の発行を受けた上で接種する必要があります。

(解説)

よく確認していただいたうえで、異なっている場合は、接種を受けることができませんので、住民票のある市町村からクーポン券の発行を受けた上で接種するよう案内してください。

住民票のある市町村とクーポン券に記載のある市町村が異なる場合は、費用請求や被害救済に支障が生じる可能性があります。

クーポン券に記載の市町村 ←→ 住民票のある市町村 ←→ 接種場所の所在する市町村

同じである必要があります

異なっても接種できる場合があります(※)

(※)

住民票のある市町村と、接種場所の所在市町村は、異なっても接種できる場合があります。

○「住所地外接種届出済証」の提示の必要がある場合

・住民票のある市町村と実際に居住している市町村が異なる方

(単身赴任者、遠隔地へ下宿している学生、その他やむを得ない事情のある方)

・出産のために里帰りしている妊産婦

○「住所地外接種届出済証」の提示の必要がない場合

・入院・入所者 ・基礎疾患を持つ者が主治医の下で接種する場合 ・災害による被害にあった者

3 「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。

確認のポイント

予防接種の効果や副反応などを理解しているかを確認するための項目です。

「いいえ」の場合には、医療機関(施設)で、予診前に被接種者に説明書を読んでいただく、または予診医や接種会場のスタッフから説明してください。

(解説)

いったん「いいえ」にチェックがなされた場合でも、被接種者が説明を受け理解した場合には、被接種者が「はい」にチェックすることで、接種を受けることができます。こうした経緯が明らかになるよう、医師記入欄に、被接種者本人のサイン、又は被接種者に了解を得た旨の記載をすることが望ましいと考えられます。

4 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。

確認のポイント

一般の方への接種が始まる前の段階では、優先接種対象者に該当しているかを確認してください。

(解説)

その時点での優先接種対象者に該当しているかを確認する項目ですので、複数の項目に該当する場合でも、全ての該当項目にチェックを求める必要はありません。

5 現在何らかの病気にかかって治療（投薬など）を受けていますか。

確認のポイント

特に以下に該当するかに注意して接種の判断をお願いします。

○基礎疾患の状態が悪化している場合や全身状態が悪い者等

体調が回復してから接種することが大切です。体調が悪いときの接種は控えます。体調がよくなった頃に、改めて接種時期の相談をしてください。接種後の軽度の副反応が重篤な転帰に繋がることのないよう、特に慎重に予防接種の適否を判断する必要があります。

○免疫不全のある方、○血が止まりにくい病気のある方や、抗凝固剤を服用されている方

下記に注意すれば接種可能です。(解説参照)

○アレルギー疾患のある方

10を参照ください。

(解説)

・**免疫不全のある方**については、新型コロナウイルス感染症の重症化のリスクが高いとされています。米国CDCの見解では、現時点で、有効性と安全性に関する確立されたデータはありませんが、他の接種不適当者の条件に該当しなければ、接種は可能としています。

・**血が止まりにくい病気のある方**や、**抗凝固薬を服用している方**は、筋肉内出血のリスクがあるため、接種後2分以上、強めに接種部位を圧迫してもらう必要がありますが、接種は可能です。(なお、抗血小板薬を服用している方は、筋肉内出血のリスクはないとされていますので、接種可能です。ただし、止血に時間がかかる可能性があることにご留意ください。)

※旧様式の予診票には6番の質問項目がありますが、新様式では削除されています。

旧様式を使用した場合、当項目が「いいえ」または空欄となっている接種希望者についても、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能です。

6 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。

確認のポイント

かかりつけの医師の意見がある場合に、その意見を確認した上で接種の判断を行うための質問です。

なお、かかりつけの医師に確認せずに接種を受けに来た方については、予診医が、5の内容などに注意して問診を行い、接種が可能と判断した場合は、接種可能です。

7 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。

確認のポイント

罹患した疾病の種類によっては、免疫機能の低下や続発疾患の可能性も考えられますので、治癒後2週間を目安として間隔をおきます。

最近の新型コロナウイルス感染症の罹患歴がある場合は、臨床的に回復していれば、接種は可能ですが、詳しくは解説を参照してください。

(解説)

2週間を目安としていますが、麻疹など特に免疫抑制を認める疾患の場合は、十分な免疫を付けるためには4週間程度間隔をおくことが望ましいと考えられます。

最近の新型コロナウイルス感染症の罹患について、米国CDCからは以下のような見解が示されています。

- ・隔離を中止するための基準が満たされるまで延期する必要がある。
- ・新型コロナウイルス再感染のリスクは感染後の最初数か月では低く、免疫力の低下により時間とともに増加する可能性があることが示唆されていることから、最近新型コロナウイルス感染症に罹患した人は、必要に応じてワクチン接種を一時的に遅らせることを選択できる。
- ・加えて、モノクローナル抗体または回復期血漿での治療を受けた場合は、治療から90日以降にワクチンを接種することが勧められる。

8 今日、体に具合が悪いところがありますか。

確認のポイント

予防接種は体調の良い時に接種していただくことが基本です。

被接種者が何らかの軽い不調を訴えている場合も、予診医が接種可能と判断する場合は、接種が可能です。

(解説)

「はい」の場合は、どのように具合が悪いかにより、予診担当医が接種の可否を判断してください。

その場合、予診医が確認の上で判断したことが明確になるよう、「医師記入欄」へ接種が可能であるか否かの記載を行うことが望ましいと考えられます。

9 けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。

確認のポイント

小児期の熱性けいれん等の既往のみでは、接種不適合者にはなりません。

現在において、けいれん発作が起こる方も、けいれん発作状況がよく確認されており、病状と体調が安定していれば、主治医（予診医）が適切と判断した場合には接種しても差し支えありません。

(解説)

けいれんの原因診断がついている場合には、その疾患の主治医と相談の上、予防接種の実施について検討します。接種後に発熱を認めることがあるため、発熱によってけいれん発作が生じやすいとされているてんかん患者については、発熱が生じた場合の発作予防策と発作時の対策を設定・指導してください。

10 薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。

確認のポイント

接種するワクチンの成分に対し重度の過敏症の既往のある人は、接種不適合者に該当します。1回目の接種でアナフィラキシーを起こした人は、2回目の接種はできません。

食物アレルギー、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎（花粉症含む）、蕁麻疹、アレルギー体質等だけでは、接種不適合者にはならず、接種するワクチンの成分に関係のないものに対するアレルギーを持つ方も接種は可能です。

ただし、即時型のアレルギー反応の既往歴がある人は、通常 15 分間の経過観察のところ通常より長く、接種後 30 分間の経過観察をします。

（解説）

ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンに含まれるポリエチレングリコールや、交差反応性が懸念されているポリソルベートを含む医薬品については、[医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページ](#)で検索することができます。また、ポリエチレングリコールは、大腸の検査をする時に用いる腸管洗浄剤、医薬品・医薬品添加物、ヘアケア製品、スキンケア製品、洗剤など、さまざまな用途に使用されています。

ポリエチレングリコールに対して重度の過敏症の既往が明らかな方は、接種不適合者に該当します。

ポリソルベートに対して重いアレルギー反応を起こしたことがある方への接種は、専門医による適切な評価とアナフィラキシーなどの重度の過敏症発症時の十分な対応ができる体制のもとで行うことが望ましいとされています。ポリソルベートは既存のワクチン（11 参照）等の医薬品の他、乳化剤として様々な食品に用いられています。

なお、ポリエチレングリコールやポリソルベートを含む医薬品・製品は非常に多数存在するとともに、こうした医薬品・製品には他の成分も含まれていることから、実際には原因の特定に繋がらないことも多いと考えられます。そのため、様々なアレルギー歴について丁寧に聴取し、原因の特定に至っていない場合も含め、過去に何らかの医薬品や食品などで重いアレルギー症状を起こしたことがある方に対しては、十分注意をして接種の判断を行うとともに、接種後は 30 分間の経過観察を行います。

ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンのバイアルストッパーは天然ゴムラテックスで作られていないため、ラテックスアレルギーのある人にもワクチン接種は可能です。また、卵やゼラチンも含まれていないため、これらの物質にアレルギーのある人もワクチン接種は可能です。

これまでの予防接種で具合が悪くなった方については、11 もご参照ください。

11 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。

確認のポイント

以前に予防接種による副反応の既往があれば、その使用ワクチンの成分（添加物を含む。）と実施しようとするワクチンの成分について共通性の確認も必要です。

1回目の接種でアナフィラキシーを起こした方は、2回目の接種はできません。アナフィラキシー以外の即時型のアレルギー反応がみられた方についても、接種の是非を慎重に判断します。また、過去に迷走神経反射を起こしたことがある方は、接種後30分間の経過観察を行います。ベッドに臥床して接種することも迷走神経反射の予防法の1つです。

（解説）

ポリエチレングリコールを含むワクチンは、ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンです。

ポリエチレングリコールと交差反応性をもつと言われているポリソルベートを含むワクチンは、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（プレベナー13）、インフルエンザHAワクチン「第一三共」、組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ガーダシル）、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（エンセバック）、5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン（ロタテック）、不活化ポリオワクチン（イモバックス）等です。即時型のアレルギー反応の既往歴が判明した場合は、接種要注意者に該当する可能性があります。

新型コロナワクチンの1回目接種後に遅発性の局所反応（例えば、紅斑、硬結、そう痒症）があっただけであれば、2回目接種は可能です。1回目接種後に遅発性の局所反応を経験した人が、2回目の接種後に同様の反応を起こすかどうかは不明です。新型コロナワクチンの1回目接種で、アナフィラキシー以外の即時型のアレルギー反応を起こした方については、10を参照し、接種を見合わせるか、重度の過敏症発症時の十分な対応ができる体制のもとで接種を行うかを、慎重に判断する必要があります。

12 現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか。または、授乳中ですか。

確認のポイント

妊娠中、授乳中の方も接種は可能ですが、接種のメリットとデメリットをよく検討して接種を判断していただくこととしています。

（解説）

海外の使用経験などから現時点で特段の懸念が認められているわけではありませんが、安全性に関するデータが限られていることから、主治医に相談いただくなどして、接種のメリットとデメリットをよく検討して接種を判断していただくこととしています。なお、日本産婦人科感染症学会・日本産科婦人科学会の提言については、下記をご参照ください。

http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210512_COVID19.pdf

13 2週間以内に予防接種を受けましたか。

確認のポイント

新型コロナワクチンと、他のワクチンとの接種は、13日以上の間隔をおくこととしています。

「はい」の場合には、特段の事情がある場合を除き、接種日を改めてもらいます。また、接種後は2週間、他のワクチンの接種はできませんので、説明が必要です。

14 今日の予防接種について質問がありますか。

確認のポイント

「はい」の場合は、質問を確認して回答するなど、丁寧に被接種者の理解をいただくようお願いします。

(解説)

医師の予診に至る前に予診票を確認した担当者が対応できる内容であれば、当該担当者等が対応できます。医師が対応する必要がある内容であれば、医師が回答します。

～予診票の取り扱いに関するその他の事項～

●**接種不相当者の「明らかな発熱を呈している者」について**

明らかな発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

●**「医師署名又は記名押印」欄について**

署名は接種を判断した医師の直筆で行いますが、ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行います。

●**最下部の医師記入欄（ワクチン名、ロット番号、接種量、実施場所、医師名、接種年月日）**

医師の指示のもと、医師以外の方が記入することができます。

実施場所は、医療機関が行う場合は医療機関名を記載し、集団接種会場で実施する場合は、できるだけ実施の主体や場所が特定できるよう記載します。(例：〇〇市保健センター、〇〇公民館)

厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」(研究代表者 廣田良夫)の
研究分担者・研究協力者の方々(岡田賢司、中野貴司、岩田敏、多屋馨子)に
ご協力をいただいています。(敬称略)

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社
ワクチン用
(2021年6月)

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは12歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

本ワクチンの接種を受けた人は、受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約95%と報告されています。）

販売名	コミナティ [®] 筋注
効能・効果	SARS-CoV-2による感染症の予防
接種回数・間隔	2回（通常、3週間の間隔） ※筋肉内に接種
接種対象	12歳以上（12歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1回0.3 mLを合計2回

- 1回目の接種後、通常、3週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後3週間を超えた場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。）
- 1回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず本ワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は十分には明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 明らかに発熱している人（※1）
 - 重い急性疾患にかかっている人
 - 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
 - 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人
- （※1）明らかな発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。
- （※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は30分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- 注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。
- 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となるmRNAを脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種によりmRNAがヒトの細胞内に取り込まれると、このmRNAを基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	◇ トジナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードするmRNA）
添加物	◇ A L C - 0 3 1 5 : [(4 - ヒドロキシブチル) アザンジール] ビス (ヘキサン - 6 , 1 - ジイル) ビス (2 - ヘキシルデカン酸エステル) ◇ A L C - 0 1 5 9 : 2 - [(ポリエチレングリコール) - 2000] - N , N - ジテトラデシルアセトアミド ◇ D S P C : 1 , 2 - ジステアロイル - sn - グリセロ - 3 - ホスホコリン ◇ コレステロール ◇ 塩化カリウム ◇ リン酸二水素カリウム ◇ 塩化ナトリウム ◇ リン酸水素ナトリウム二水和物 ◇ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚生 コロナ ワクチン

検索



ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

血をサラサラにする薬を飲まれている方へ

飲んでいるお薬によっては、出血すると止まりにくいことがあるので、
予診票でお薬の種類をおたずねしています。

ワクチンを受けることはできますが、接種後の出血に注意が必要です。

接種（筋肉注射）にあたっての注意点



接種後は、2分間以上、しっかり押さえてください。

- ・腕が腫れる・しびれるなどの症状が出たら、医師にご相談ください。
- ・接種にあたって、お薬の休薬は必要ありません。

対象の
お薬

抗凝固薬

不整脈、血栓症、心臓の手術後の方に処方されることが多いお薬です。

商品名	一般名
ワーファリン	ワルファリンカリウム
プラザキサ	ダビガトランエテキシラート
イグザレルト	リバーロキサバン
エリキュース	アピキサバン
リクシアナ	エドキサバントシル酸塩水和物

血をサラサラにする薬には、次のような薬もありますが、
通常どおり接種を受けていただけます。

抗血小板薬など

動脈硬化、狭心症・心筋梗塞、脳梗塞後、下肢動脈閉塞症の方に処方されることが多いお薬です。

商品名	一般名	商品名	一般名
バイアスピリン	アスピリン	コンプラビン配合錠	アスピリン・クロピドグレル硫酸塩
パナルジン	チクロピジン塩酸塩	タケルダ配合錠	アスピリン・ランソプラゾール
プラビックス	クロピドグレル硫酸塩	エパデール	イコサペント酸エチル(EPA)
エフィエント	プラスグレル塩酸塩	ドルナー、プロサイリン	ベラプロストナトリウム
プレタール	シロスタゾール	アンブラーグ	サルボグレレート塩酸塩
バファリン	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		など
プリリント	チカグレロル		

コミナティ
(ファイザー社)
ワクチン

コミナティ(ファイザー社)を接種した方へ

新型コロナウイルスワクチンを受けた後の注意点

ワクチンを受けた後は、
**15分以上は接種会場で
座って様子を見てください。**※。

お待ちの間も、感染対策をお願いします。

(マスクをする、隣の人と距離をとる、会話を控えるなど)

※過去にアナフィラキシーを含む、重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、採血等で気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある方は、30分ほどお待ちください。



接種日当日

接種後、すぐに現れる可能性のある症状について

アナフィラキシー	<ul style="list-style-type: none"> 薬や食物が体に入ってから、短時間で起こることのあるアレルギー反応です。 じんま疹などの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しさなどの呼吸器症状が、急に起こります。血圧低下や意識レベルの低下(呼びかけに反応しない)を伴う場合をアナフィラキシーショックと呼びます。 起こることは極めてまれですが、接種後にもアナフィラキシーが起こっても、すぐに対応が可能なよう、ワクチンの接種会場や医療機関では、医薬品などの準備をしています。
血管迷走神経反射	<ul style="list-style-type: none"> ワクチン接種に対する緊張や、強い痛みをきっかけに、立ちくらみがしたり、血の気が引いて時に気を失うことがあります。 誰にでも起こる可能性がある体の反応で、通常、横になって休めば自然に回復します。 倒れてケガをしないように、背もたれのある椅子に座って様子を見てください。

ワクチンを受けた日
の注意点

- 通常の生活は問題ありませんが、激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。
- 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分は強くこすらないようにしましょう。



数日

接種後、数日以内に現れる可能性のある症状について

発現割合	症状
50%以上	接種部位の痛み、疲労、頭痛
10-50%	筋肉痛、悪寒、関節痛、下痢、発熱、接種部位の腫れ
1-10%	吐き気、嘔吐

- 接種直後よりも翌日に痛みを感じている方が多いです。
- これらの症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。
- 疲労や関節痛、発熱など、1回目より2回目の方が、頻度が高くなる症状もあります。

コミナティ添付文書より改編

◎新型コロナワクチンに関する相談先

ワクチン接種後に、体に異常があるとき	➔ ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医、市町村や都道府県の窓口
ワクチン接種全般に関するお問い合わせ	➔ 市町村の窓口

◎予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことはできないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済(医療費・障害年金の給付など)が受けられます※。

申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

※その健康被害が、接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市町村により給付が行われます。認定にあたっては、予防接種・感染症・医療・法律の専門家により構成される国の疾病・障害認定審査会により、因果関係を判断する審査が行われます。

ワクチンは2回接種します

●1回目の接種の方へ

- ・ワクチンの効果を十分得るために、同じワクチンを一定の間隔を空けて2回受ける必要があります。
- ・2回目の接種は、本日(1回目)から通常3週間空けて、できるだけお早めに受けてください。
- ・2回目の予約方法については、1回目に受けた医療機関や市町村の案内をご確認ください。
- ・接種後に現れた症状の種類によっては、2回目の接種を受けない方がよいこともあります。接種後に気になる症状が現れた方は、2回目を受けるかどうかも含めて、ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医にご相談ください。

●2回目の接種の方へ

- ・ワクチン接種はこれで終了になります。
- ・接種後は、1回目と同様に体調に変化がないか注意してください。



ワクチンを受けた後も、マスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。

ワクチンを受けた方は、新型コロナウイルス感染症の発症を予防できると期待されていますが、他の方への感染をどの程度予防できるかはまだ十分にはわかっていません。また、ワクチン接種が徐々に進んでいく段階では、すぐに多くの方が予防接種を受けられるわけではなく、ワクチンを受けた方も受けていない方も、共に社会生活を営んでいくことになります。

このため、皆さまに感染予防対策を継続していただくようお願いします。

具体的には、「3つの密(密集・密接・密閉)」の回避、マスクの着用、石けんによる手洗いや手指消毒用アルコールによる消毒の励行などをお願いします。

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン 検索

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。



(基本型接種施設記入欄)

基本型接種施設名：

受け渡し先のサテライト型接種施設名：

受け渡した日付：令和 年 月 日

超低温冷凍庫から取り出した時刻：

令和 年 月 日

午前・午後 時 分

受け渡したバイアル数： _____ 本

受け渡したロット番号（製造番号）：

移送温度（該当する温度帯に☑）

 2～8℃ -60～-15℃ -90～-60℃

(サテライト型接種施設記入欄)

保管期限（脚注参照）：令和 年 月 日

午前・午後 時 分

使用日	使用本数	残り本数

(注) 保管期限は、2～8℃で移送した場合は、左の「超低温冷凍庫から取り出した時刻」に+31日して記入すること。ただし、31日後の日付が、バイアルに記載されている最終有効年月日を超過する場合は、バイアルに記載されている最終有効年月日を記載する。（4週後の同じ曜日の3日後となるため、超低温冷凍庫から取り出した時刻が6月1日午前10時の場合、使用期限は7月2日午前10時になる。）
-60～-15℃で移送した場合は、左の「超低温冷凍庫から取り出した時刻」に+14日して記入すること。
-90～-60℃で移送した場合は、バイアルに記載されている最終有効年月日を記入すること。

基本型と連携型／サテライト型の設定を変更する時の注意事項

基本型→サテライト型（連携型）、サテライト型（連携型）→基本型の変更条件

以下の場合に、基本型からサテライト型（連携型）への変更、サテライト型（連携型）から基本型への変更が可能

- ① 基本型又はサテライト型（連携型）として登録されていた間に、一度もワクチンの配分を受けていない場合
- ② 配分されたワクチンの在庫がない場合

基本型としてサテライト型（連携型）に小分けする場合

サテライト型（連携型）接種施設に小分けするには以下の対応が必要。

【情報提供シート（様式7-1）の作成】

サテライト型接種施設名、年月日、ロット番号、バイアル本数を情報提供シート（様式7-1）に記載。

【ワクチン分配管理台帳（様式7-2）の作成と保管】

サテライト型接種施設名、年月日、ロット番号、バイアル本数をワクチン分配管理台帳（様式7-2）に記載。

【V-SYSへの情報登録】

小分けした年月日、ロット番号、バイアル本数をV-SYS上に入力。

※ワクチン分配管理台帳（様式7-2）を参照の上、正確に入力ください。

様式7-1

様式7-2

左部分を記載の後、
連携型・サテライト型
接種施設に提供

参照の上、記載

他施設に移送したワクチン量

譲った日	ロット番号	バイアル本数	本分



報告内容を追加する 選択した報告内容を削除する

必ず入力

連携型・サテライト型が小分けを受けた場合

【融通を受けたタイミング】

基本型接種施設、年月日、ロット番号、バイアル本数をV-SYS上に入力。

※融通を受けた際に基本型接種施設から提供される「ワクチンの管理に使用する情報提供シート」（様式7-1）の左部分を参照の上、正確に入力ください。

【ワクチンを使用するタイミング】

ワクチンの使用日、使用本数、残り本数を情報提供シート（様式7-1）の右部分に記載し、保管。

ワクチンの保管期限や使用日
などを記載し、3年間保存

参照の上、記載 様式7-1

医療機関間の融通を受けた場合

(融通元の) 基本型接種施設	受けた日	ロット番号	バイアル本数	本分



報告内容を追加する 選択した報告内容を削除する

必ず入力

(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
 新型コロナウイルス専用FAX番号
 0120-011-126

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	歳 月
	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又はギラン・バレー症候群に該当する場合は、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					

(別紙様式1)

対象疾病	症 状	発症までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1 アナフィラキシー	4時間	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
	2 脳炎・脳症	28日	
	3 けいれん	7日	
	4 血小板減少性紫斑病	28日	
麻しん 風しん	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	21日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
	6 その他の反応	—	
日本脳炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
	6 その他の反応	—	
結核 (BCG)	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 全身播種性BCG感染症	1年	
	3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)	2年	
	4 皮膚結核様病変	3か月	
	5 化膿性リンパ節炎	4か月	
	6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。)	—	
	7 その他の反応	—	
Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 けいれん	7日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
	4 その他の反応	—	
ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 ギラン・バレ症候群	28日	
	4 血小板減少性紫斑病	28日	
	5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)	30分	
	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	—	
水痘	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 血小板減少性紫斑病	28日	
	3 無菌性髄膜炎(帯状疱疹を伴うもの)	—	
	4 その他の反応	—	
B型肝炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 多発性硬化症	28日	
	4 脊髄炎	28日	
	5 ギラン・バレ症候群	28日	
	6 視神経炎	28日	
	7 末梢神経障害	28日	
	8 その他の反応	—	
ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 腸重積症	21日	
	3 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	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 脊髄炎	28日	
	6 ギラン・バレ症候群	28日	
	7 視神経炎	28日	
	8 血小板減少性紫斑病	28日	
	9 血管炎	28日	
	10 肝機能障害	28日	
	11 ネフローゼ症候群	28日	
	12 喘息発作	24時間	
	13 間質性肺炎	28日	
	14 皮膚粘膜眼症候群	28日	
	15 急性汎発性発疹性膿疱症	28日	
	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	
	2 ギラン・バレ症候群	28日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
	4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 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。)	28日	
	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	
	6 その他の反応	—	
新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 その他の反応	—	

報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)

事務連絡
令和3年3月30日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課
厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課

新型コロナウイルス感染症に係るワクチンに関する
予防接種後副反応疑い報告書の記載方法について

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「新型コロナワクチン」という。）の接種に関する副反応疑い報告（予防接種法（昭和23年法律第68号）第12条第1項の規定による報告をいう。以下同じ。）については、「「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」の一部改正について」（令和3年2月16日付け健発0216第2号・薬生発0216第6号厚生労働省健康局長、医薬・生活衛生局長連名通知）等により、周知等依頼したところです。

「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」（平成25年3月30日付け健発0330第3号・薬食発0330第1号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知。以下「連名通知」という。）に基づき提出のあった予防接種後副反応疑い報告書について、今般、発生した事象に照らし、本来記載されるべき内容が正確に記載されずに提出された事例がありましたので、当該報告書の記載方法について、下記のとおり改めて周知することといたしました。

貴職におかれましてはこれを十分御了知の上、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を含む。）及び関係機関等に周知をお願いいたします。

なお、公益社団法人日本医師会に対し、本件に係る協力を依頼していることを申し添えます。

記

1. 連名通知の記5において、新型コロナワクチンについては、我が国において使用実績がないワクチンであることを踏まえ、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当該規定による副反応疑い報告を積極的に行うよう検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討することとしたところである。

けいれん、ギラン・バレ症候群、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、関節炎、脊髄炎、心筋炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射（失神を伴うもの）

上記の症状、又はアナフィラキシーを除く上記以外の症状について、予防接種後副反応疑い報告書（連名通知別紙様式1）を報告する場合には、以下に掲げる手順で記入の上、「報告基準」の表も含めて提出すること。

- （1）同報告書の2頁目、報告基準の「新型コロナウイルス感染症」の項のうち「2 その他の反応」に○印を付記
- （2）右欄「左記の「その他の反応」を選択した場合」の「a～x」に○印を付記
- （3）当該欄の「x a～w以外の場合には前頁の「症状名」に記載」に○印を付した場合は、同報告書の1頁目、「症状の概要」欄のうち「症状」欄の下部「報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合（症状名：）」欄に、具体的な症状名を記載

2. 新型コロナワクチンの接種によりアナフィラキシーを発症した旨診断し、当該症例について副反応疑い報告を実施する場合には、同報告書の1頁目、「症状の概要」欄のうち「概要（症状・徴候・臨床経過・診断・検査等）」欄に、以下に掲げる臨床所見の有無等について可能な限り記載すること。

- （1）ワクチンの接種から症状発現までの時間
- （2）突然の発症であるか否か
- （3）急速な症状の進行を伴うか否か
- （4）皮膚又は粘膜症状の有無
- （5）循環器症状の有無
- （6）呼吸器症状の有無
- （7）消化器症状の有無
- （8）その他、アナフィラキシーを疑う所見

なお、アナフィラキシーとして副反応疑い報告がなされた症例については、ワクチン接種後の副反応評価の世界的基準である「ブライトン分類」（別添1）に基づき評価を行うので、特に（4）～（7）に係る具体的な症状（（4）～

(7)の症状が認められない場合はその旨)ができるだけ明らかになるよう、同報告書の作成にあたっては留意されたい。

3. 新型コロナウイルスワクチンの接種により、アナフィラキシーの発症には至らないが、入院等を要するアレルギー反応が発症し、副反応疑い報告を実施する必要がある旨判断した場合には、以下に掲げる手順で記入の上、別紙様式1について、「報告基準」の表も含めて提出すること。

(1) 同報告書の2頁目、報告基準の「新型コロナウイルス感染症」の項のうち「2 その他の反応」に○印を付記

(2) 右欄「左記の「その他の反応」を選択した場合」の「x a～w 以外の場合は前頁の「症状名」に記載」に○印を付記

(3) 同報告書の1頁目、「症状の概要」欄のうち「症状」欄の下部「報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合（症状名： ）」欄に、症状に応じた具体的な症状名を記載

4. 1～3の記載方法については、別添2を参考とされたい。

表 ブライトン分類におけるアナフィラキシーの症例定義

レベル	基準
必須基準	突発性の発症 微候および症状の急速な進行 2つ以上の多臓器の症状
レベル1	1つ以上のメジャー皮膚症状および1つ以上のメジャー循環器症状（または/および1つ以上のメジャー呼吸器症状）
2-1	1つ以上のメジャー循環器症状および1つ以上のメジャー呼吸器症状
レベル2	2-2 1つ以上のメジャー循環器症状（または1つ以上のメジャー呼吸器症状）および1つ以上の異なる器官（循環器および呼吸器は除く）で1つ以上のマイナー症状
2-3	1つ以上のメジャー皮膚症状および1つ以上のマイナー循環器症状（または/および1つ以上のマイナー呼吸器症状）
レベル3	1つ以上のマイナー循環器症状（または呼吸器症状）および2つ以上の異なる器官/分類から1つ以上のマイナー症状
レベル4	十分な情報が得られておらず、症例定義に合致すると判断できない
レベル5	アナフィラキシーではない（診断の必須条件を満たさないことが確認されている）

臓器	メジャー症状	マイナー症状
皮膚/粘膜症状	<input type="checkbox"/> 全身性蕁麻疹 もしくは 全身性紅斑 <input type="checkbox"/> 血管浮腫（遺伝性的ものを除く）、局所もしくは全身性 <input type="checkbox"/> 発疹を伴う全身性掻痒感	<input type="checkbox"/> 発疹を伴わない全身性掻痒感 <input type="checkbox"/> 全身がちくちくと痛む感覚 <input type="checkbox"/> 有痛性眼充血 <input type="checkbox"/> 接種局所の蕁麻疹
循環器症状	<input type="checkbox"/> 測定された血圧低下 <input type="checkbox"/> 非代償性ショックの臨床的な診断（以下の3つ以上） <ul style="list-style-type: none"> ・ 頻脈 ・ 毛細血管再充満時間（3秒より長い） ・ 中枢性脈拍微弱 ・ 意識レベル低下もしくは意識消失 	<input type="checkbox"/> 末梢性循環の減少（以下の2つ以上） <ul style="list-style-type: none"> ・ 頻脈 ・ 血圧低下を伴わない毛細血管再充満時間（3秒より長い） ・ 意識レベルの低下
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 両側性の喘鳴（気管支痙攣） <input type="checkbox"/> 上気道性喘鳴 <input type="checkbox"/> 上気道腫脹（口唇、舌、喉、口蓋垂、喉頭） <input type="checkbox"/> 呼吸窮迫（以下の2つ以上） <ul style="list-style-type: none"> ・ 頻呼吸 ・ 補助的な呼吸筋の使用増加（胸鎖乳突筋、肋間筋など） ・ 陥没呼吸 ・ チアノーゼ ・ 喉音発生 	<input type="checkbox"/> 持続性乾性咳嗽 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 咽喉閉塞感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴もしくは上気道性喘鳴を伴わない呼吸困難
消化器症状	—	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐
臨床検査	—	<input type="checkbox"/> 通常の上限以上の肥満細胞トリプターゼ上昇

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) <small>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)</small>	性別	1 男 2 女	接種時年齢	歳 月	
	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 <small>(②~④は、同時接種したものを記載)</small>	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 <small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>		
	接種前の体温	④ 度 分	家族歴			
	予診票での 1 有 2 無	④ 2ページ目で「x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載」に○印を付けた場合は、本欄に、具体的な症状名を記入してください。			薬、過去の副作用歴、発育状況等	
症状の概要	症状	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)					
	<p>(*) アナフィラキシーの発症について報告する場合には、本欄に、以下の事項について可能な限り記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの接種から症状発現までの時間 ・突然の発症であるか否か ・急速な症状の進行を伴うか否か ・皮膚又は粘膜症状の有無 ・循環器症状の有無 ・呼吸器症状の有無 ・消化器症状の有無 ・その他、アナフィラキシーを疑う所見 					
症状の程度	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無					
	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	発症までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1 アナフィラキシー	4時間	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	2 脳炎・脳症	28日	
	3 けいれん	7日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
麻疹 風しん	② 「2 その他の反応」に○印を付けた場合は、報告する症状に応じて、「a」~「x」に○印を付けてください。		
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
日本脳炎	6 その他の反応	—	
	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
結核 (BCG)	6 その他の反応	—	
	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 全身播種性BCG感染症	1年	
	3 BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)	2年	
	4 皮膚結核様病変	3か月	
	5 化膿性リンパ節炎	4か月	
	6 髄膜炎 (BCGによるものに限る。)	—	
7 その他の反応	—		
Hib感染症 小児の肺炎球菌	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 けいれん	7日	
ヒトパピローマウイルス 感染症	28日		
	28日		
	28日		
	28日		
	5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)	30分	
	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	—	
水痘	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 血小板減少性紫斑病	28日	
	3 無菌性髄膜炎 (帯状疱疹を伴うもの)	—	
	4 その他の反応	—	
B型肝炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 多発性硬化症	28日	
	4 脊髄炎	28日	
	5 ギラン・バレー症候群	28日	
	6 視神経炎	28日	
	7 末梢神経障害	28日	
	8 その他の反応	—	
ロタウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 腸重積症	21日	
	3 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	
	2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 脊髄炎	28日	
	6 ギラン・バレー症候群	28日	
	7 視神経炎	28日	
	8 血小板減少性紫斑病	28日	
	9 血管炎	28日	
	10 肝機能障害	28日	
	11 ネフローゼ症候群	28日	
	12 喘息発作	24時間	
	13 間質性肺炎	28日	
	14 皮膚粘膜眼症候群	28日	
	15 急性汎発性発疹性膿疱症	28日	
	16 その他の反応	—	
新型コロナウイルス感染症	① 「アナフィラキシー」に該当しない症状(アナフィラキシーに至らないアレルギー反応を含む。)に関する副反応疑い報告では、「2 その他の反応」に○印を付けてください。	4時間	
	28日		
立潰瘍 (であって、上腕。)	28日		
	28日		
6 その他の反応	28日		
	7日		
1 アナフィラキシー	4時間		
	2 その他の反応	—	

報告基準 (該当するものの番号に「○」を記入)

(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、固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、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、記載いただかなくて結構です。
13. ヒトパピロー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、ヒトパピローウイルス感染症の定期的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。
14. 新型コロナウイルスについては、我が国において使用実績がないワクチンであることを踏まえ、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行うよう検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討すること。
けいれん、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、心筋炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
15. 機構ウェブサイト上にて報告に係る記載要領を示しているため、報告にあたっては参照すること。

V-SYSへの接種実績の登録

接種実績の登録

接種グループ別の**累計の接種回数**を登録します。

医療機関等による接種実績の登録が、国内のワクチン接種状況のタイムリーな把握につながっています。

累計接種回数の登録

右側に表示される前回登録時までの累計接種回数を参照にしながら、登録時点における**累計の接種回数等**を接種グループ毎に入力します。

(例) 前回登録時から、医療従事者に1回目+250人、2回目+50人接種した場合

廃棄量の登録

ワクチンを廃棄した時は、前回登録時までの累計廃棄数を参照にしながら、登録時点における**累計の廃棄数**を入力します

※廃棄数とは、未開封のバイアルを有効期間切れ等の理由により廃棄した場合及び開封はしたものの1回も接種をせずに廃棄した場合に、その廃棄したバイアル本数のことを言います。開封後に1回でも接種したバイアルについては、廃棄数に含めないでください。

対象ワクチン

ファイザー

接種実績等の報告

ファイザーワクチン			
	1回目	2回目	延べ回数
接種実績 (総数)	350 回	50 回	400 回
医療従事者	350 回	50 回	400 回
高齢者施設従事者	回	回	0 回
高齢者	回	回	0 回
基礎疾患保有者	回	回	0 回
その他	回	回	0 回

今回入力する欄

廃棄数の報告

3月7日時点の廃棄数をご登録ください

ファイザーワクチン

廃棄数 (累積) 1 本

登録済みの内容 (最終登録3月7日時点の実績)

ファイザーワクチン			
	1回目	2回目	延べ回数
接種実績 (総数)	100 回	0 回	100 回
医療従事者	0 回	0 回	0 回
高齢者施設従事者	回	回	0 回
高齢者	回	回	0 回
基礎疾患保有者	回	回	0 回
その他	回	回	0 回

前回までに登録した累計数

登録済みの内容 (最終登録3月7日時点の実績)

ファイザーワクチン

廃棄数 (累積) 0 本

基本型接種施設と連携型／サテライト型間で融通したワクチン情報のV-SYSへの登録

融通を受けたワクチン情報の登録

連携型／サテライト型接種施設は、ワクチンの融通を受けたら、融通されたワクチン情報を登録します。融通を受けたワクチン情報を登録していないと、接種実績の登録ができません。

医療機関間の融通を受けた場合

(融通元の) 基本型接種施設	受けた日	ロット番号	バイアル本数	
<input type="checkbox"/>				本分

+ 報告内容を追加する - 選択した報告内容を削除する

検索

検索 Go!

検索 名前 すべての項目

最近参照した医療機関・接種会場(親施設選択用)

医療機関・接種会場(親施設選択用) [2]

(※) 保険医療機関コードで検索したい場合は、検索条件で「すべて」を選択した上で、10桁を入力してください

融通を受けたワクチン情報の登録

ワクチンの融通を受けた施設は、融通を受けた当日中に

- ・ 融通元の基本型接種施設を選択
- ・ 基本型接種施設からワクチンの融通を受けた日
- ・ ワクチンのロット番号 (※)
- ・ 融通を受けたバイアル本数を登録してください

(※) ワクチンのロット番号は、バイアル箱またはバイアルに記載されています。

他施設へ移送したワクチン情報の登録 (基本型接種施設のみ)

基本型接種施設は、他施設にワクチンを移送したら、移送したワクチン情報を登録します。

他施設に移送したワクチン量

譲った日	ロット番号	バイアル本数	
<input type="checkbox"/>			本分

+ 報告内容を追加する - 選択した報告内容を削除する

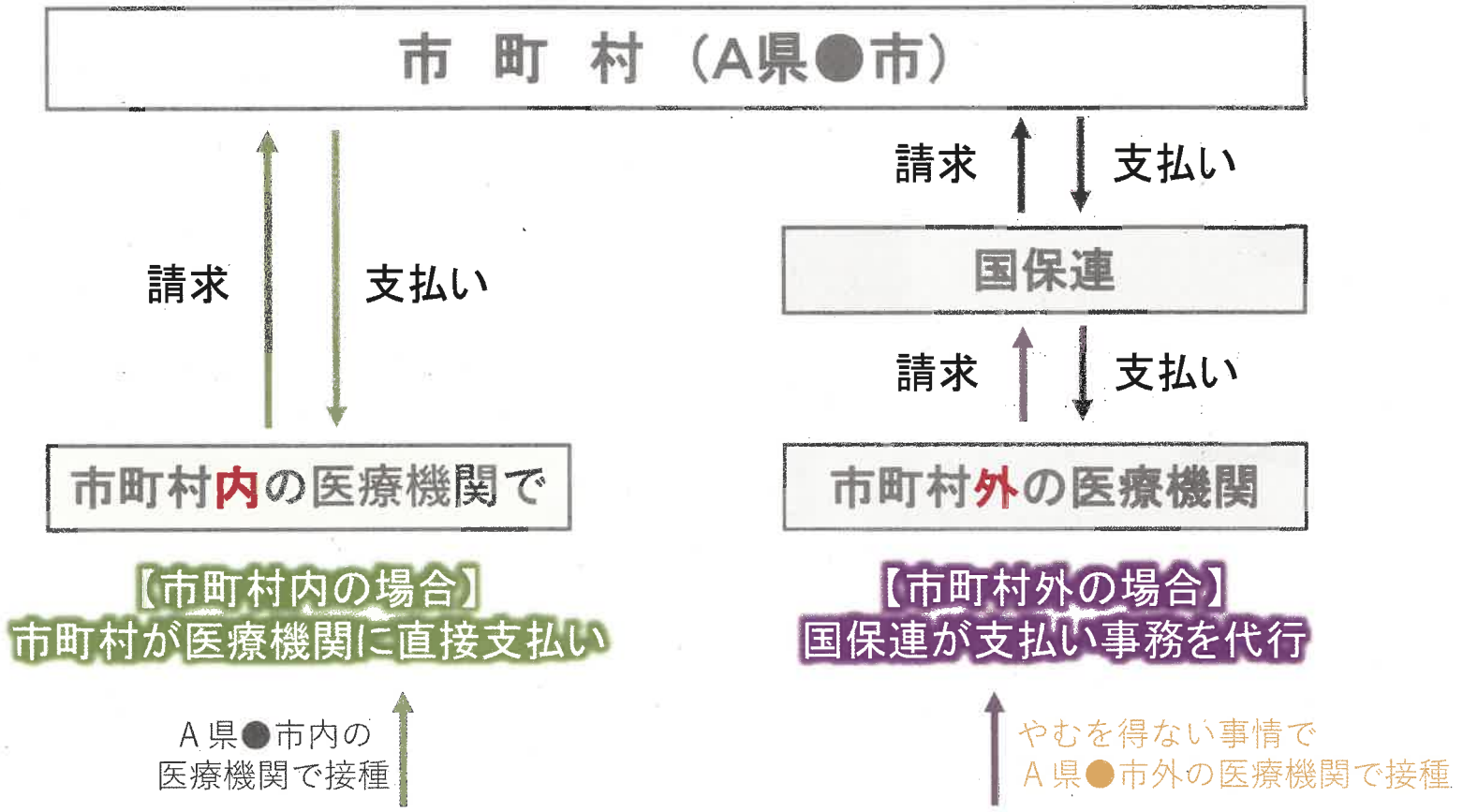
移送したワクチン情報の登録

他施設にワクチンを移送した基本型接種施設は、融通した当日中に

- ・ 融通した日
- ・ ワクチンのロット番号 (※)
- ・ 融通したバイアル本数を登録してください

新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

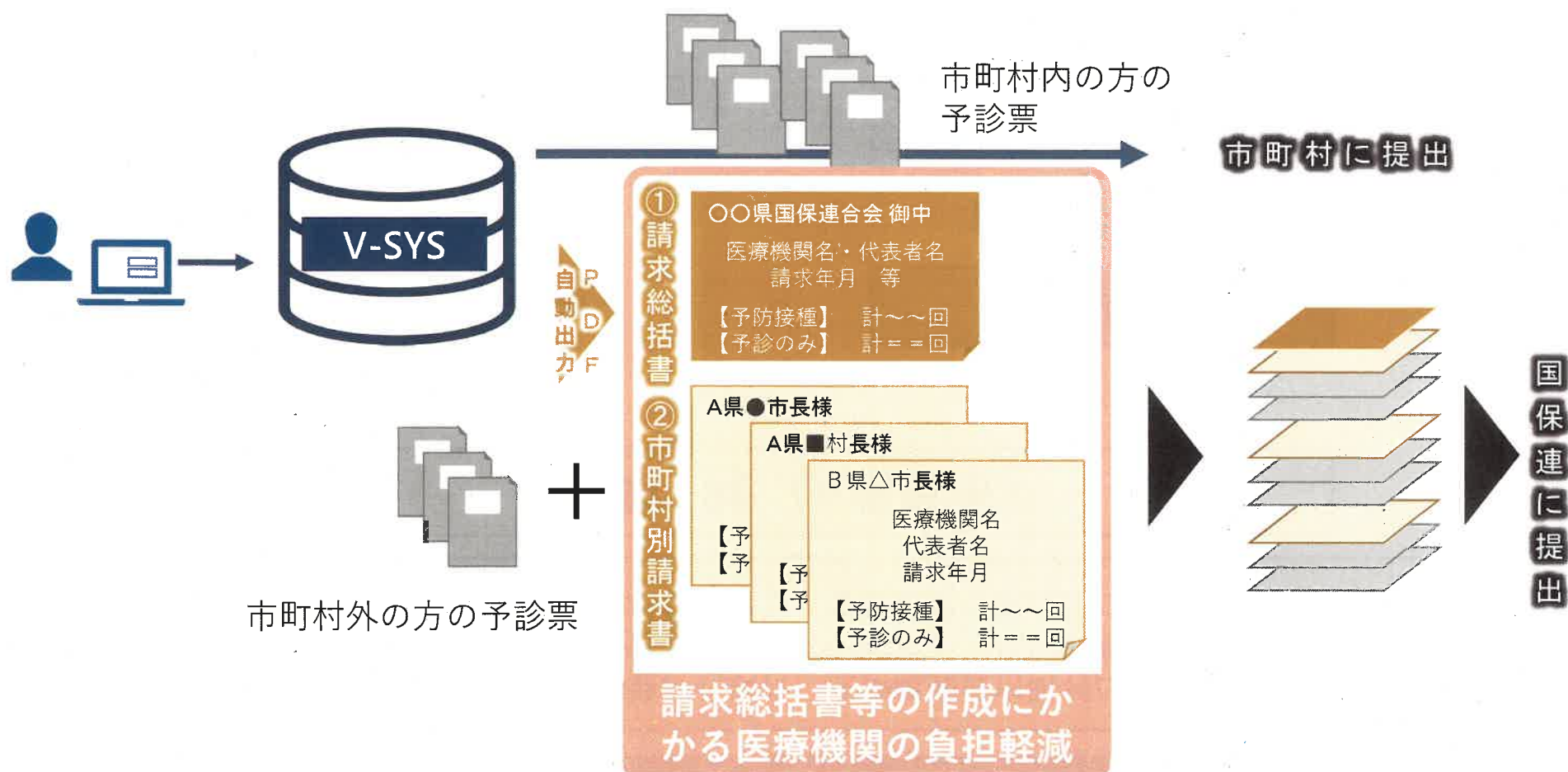
- 住民が住所地内の医療機関で接種を受けた場合、医療機関は市町村に直接費用を請求・支払する。
- 住民が住所地外の医療機関で接種を受けた場合、市町村の支払い事務を国保連が代行する。
- 市町村外の医療機関に対する支払いがなくなり、事務負担の軽減につながる。



(例) A県●市に住民票がある方

V-SYSによる費用請求用の総括書の出力機能について

- V-SYSに必要な情報を登録することで、国保連に費用請求を行う際に必要となる請求総括書等の出力が可能。
- これにより、請求総括書等の作成にかかる医療機関の負担軽減を図る。



V-SYSから出力される請求総括書・市区町村別請求書のイメージ

請求総括書 (V-SYSで出力)

〇〇県国民健康保険団体連合会 〇〇市中

医療機関等の所在地: 〇〇市1-1-1
代表者氏名: 代 表 太 郎
電話番号: 0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分: 2
医療機関等番号(10桁): 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療機関等名称: テスト

2021年04月請求分

区分	種別	請求件数	請求金額 (税込)	決定件数	決定金額 (税込)
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	165	352,935		
	小計	165	352,935		
合計		165件	352,935円		

↑太枠内に記載すること

〈単価(税抜き)〉

区分	種別	単価
予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,640円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

※医療機関等の所在地と種別を
区分番号で入力

住所市内	対象
接種を含む	<input checked="" type="checkbox"/>

※医療機関等の所在地と種別を
区分番号で入力

市区町村別請求書 (V-SYSで出力)

〇〇市 〇〇市長 様

市区町村番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

医療機関等の所在地: 〇〇市1-1-1
代表者氏名: 代 表 太 郎
電話番号: 0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

施設等区分: ①クーポン券なし / ②クーポン券あり
医療機関等番号(10桁): 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療機関等名称: テスト

2021年04月請求分

区分	種別	請求件数	請求金額 (税込)	決定件数	決定金額 (税込)
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	50	113,850		
	小計	50	113,850		
合計		50件	113,850円		

↑太枠内に記載すること

〈単価(税抜き)〉

区分	種別	単価
予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,640円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

※医療機関等の所在地と種別を
区分番号で入力

住所市内	対象
接種を含む	<input checked="" type="checkbox"/>

※医療機関等の所在地と種別を
区分番号で入力

(参考) 予診票

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェックを入れてください。

「〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号」(ローマ字表記)

氏名	姓	名	性別	年齢	生年月日
<p>生年月日(西暦) 年 月 日 日付(漢字) 歳 月 日 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 接種後の体温 度 分</p>					
<p>接種回数 接種回目 接種年月日</p>					
<p>新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目 月 日、2回目 月 日) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>接種時に住所等のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副作用などについて理解しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>接種部位の上位となる対象グループに該当しますか。 ① 医療従事者等 ② 5歳以上 ③ 60〜64歳 ④ 高齢者施設等の従事者 ⑤ 基礎疾患を有する(患者) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 止血薬を服用している薬剤 <input type="checkbox"/> 免疫不全(その他) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>治療内容: <input type="checkbox"/> 点眼薬/点鼻薬による薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>その病気を除いてからいる医師に今日の予診接種を受けてよいと言われましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>最近1ヶ月以内に熱が出たり、発汗にかかったりしましたか。 病名() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬や食品など原因となったもの <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>これまでに予診接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 症状() 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>現在妊娠している可能性(妊婦が予定日)測れているものがありますか、または、発乳中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>2週間以内に予診接種を受けましたか。 種別() 受けた日() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>今日の予診接種について質問がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>					
<p>以上の問診及び診察の結果、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 前 <input type="checkbox"/> 否(含む)</p>					
<p>医師記入欄 本人(または、代理)として、接種の結果、副作用及び予診接種後特有症状等について、記載した。 <input type="checkbox"/> 接種するは差支えありません(接種する場合は併せて入力してください)</p>					
<p>新型コロナウイルスワクチン接種者健康観察書</p> <p>医師の診察・説明を受け、接種の適否や不安などについて理解した上で、接種を受けること。 <input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 接種を希望しません</p> <p>この手紙は、接種の安全条件の把握を目的としています。</p> <p>この手紙を印刷後、この手紙が有効な日(接種後72時間以内)に、接種会場(接種会場)へ持参してください。</p> <p>接種者(接種者)の氏名、性別、年齢、接種年月日、接種回数(接種回数)を記載してください。</p> <p>接種者(接種者)の住所(住所)を記載してください。</p> <p>接種者(接種者)の電話番号(電話番号)を記載してください。</p> <p>接種者(接種者)のメールアドレス(メールアドレス)を記載してください。</p> <p>接種者(接種者)の備考欄(備考欄)を記載してください。</p>					

接種日時 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時〇〇分

新型コロナワクチン接種にかかる費用請求の方法について

実績入力

< 予診票の分別 >

- Step 1 接種券貼付or印字済で分別
- Step 2 同一市内or市外で分別
更に、市外を市区町村で分別
- Step 3 予診のみor接種で区別
- Step 4 6歳以上or未満で区別

< V-SYSへの入力 >

- Step 1 V-SYSにログイン
- Step 2 請求総括書の作成をクリック
- Step 3 請求件数を入力⇒保存

- ・請求件数は月末までの実績を入力し、翌月1日～10日までに国保連or市町村に請求ください。
- ・いわゆる月遅れ請求の場合は請求件数に含めて入力ください。
- ・接種実績の報告件数以上、費用請求の件数は入力できません。接種実績の更新をお忘れなくお願いします。

請求書 (PDF) の出力

< 事前確認 > **重要!!**

医療機関所在地と同一市町村内の予診票の取扱いを確認。

- ①通常地域：国保連には市外の方の予診票のみ送付
(同一市町村分は、直接市町村に送る)
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に送る
(市町村からその旨の案内があった場合、国保連に市外の方と市内の方の予診票を送付)

< 請求総括書の出力 >

- ①の場合は、請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含まない) をクリック⇒印刷
- ②の場合は、請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方を含む) をクリック⇒印刷

< 市区町村別請求書の出力 >

- Step 1 市区町村別請求書出力
(クーポンあり分※1) をクリック⇒印刷 ※1 接種券貼付：住民用、詳細は後述
- Step 2 市区町村別請求書出力
(クーポンなし分※2) をクリック⇒印刷 ※2 接種券印字済み：医療従事者等用、定義は後述

請求書の提出

< 提出資料のセット >

詳細は「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」第5章請求事務をご確認ください。

①の場合

Step 1

市区町村別請求書と当該市町村の方の予診票をセット

(同一市町村内の方の請求書はセットしない)

Step 2

一番上に請求総括書をセット

②の場合

Step 1

市区町村別請求書と当該市町村の方の予診票をセット

(同一市町村内の方の請求書もセットする)

Step 2

一番上に請求総括書をセット

< 請求書の提出 >

毎月10日までに国保連に提出

V-SYS上の入力画面のイメージ



国保提出用請求総括書
市区町村別請求書の作成



対象医療機関・接種会場
千代田区A病院

対象月
2021年4月

	クーポンあり	予診のみ		接種		合計
		6歳未満(回)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
総数	0	0	0	0	0	0
医療機関と同一市内にお住まいの方	0	0	0	0	0	0
それ以外の方	0	0	0	0	0	0
追加 なし	0	0	0	0	0	0
	クーポンなし	予診のみ		接種		合計
		6歳未満(回)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
総数	0	0	0	0	0	0
医療機関と同一市内にお住まいの方	0	0	0	0	0	0
それ以外の方	0	0	0	0	0	0
追加 なし	0	0	0	0	0	0

保存

請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含む)

請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含まない)

市区町村別請求書出力 (クーポンあり分)

市区町村別請求書出力 (クーポンなし分)

1

2

3

4

5

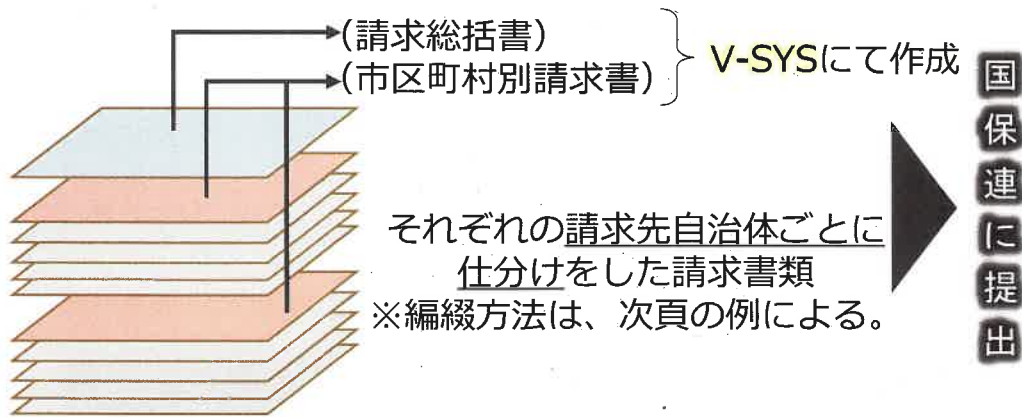
医療機関の請求方法

医療機関は、接種を受けた方の住所地別に、以下のとおり接種費用を請求する。

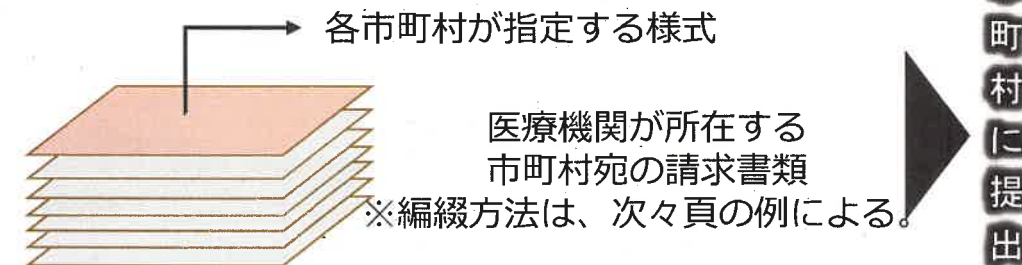
- ① 通常地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

① 通常地域

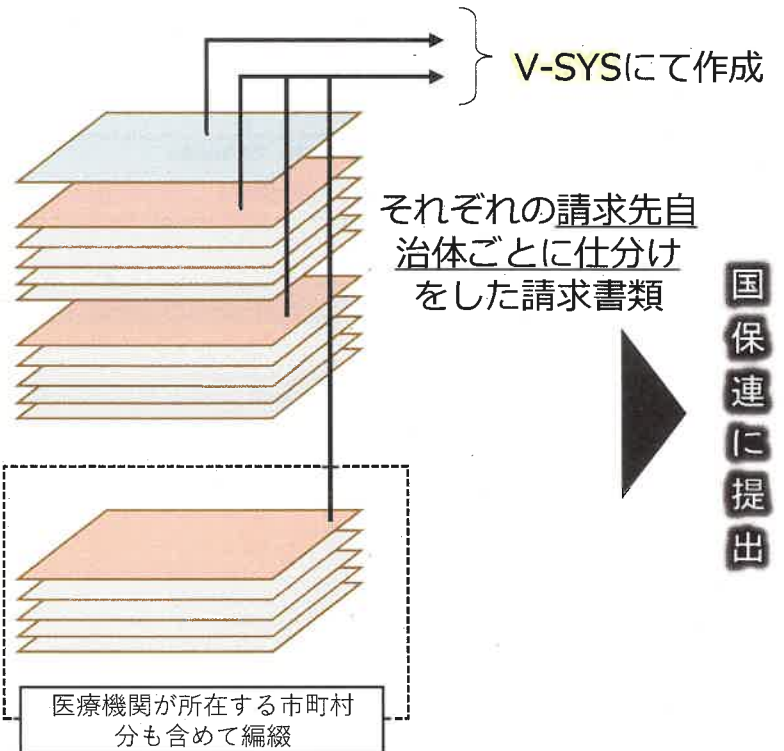
医療機関が所在する市町村以外の請求



医療機関が所在する市町村の請求



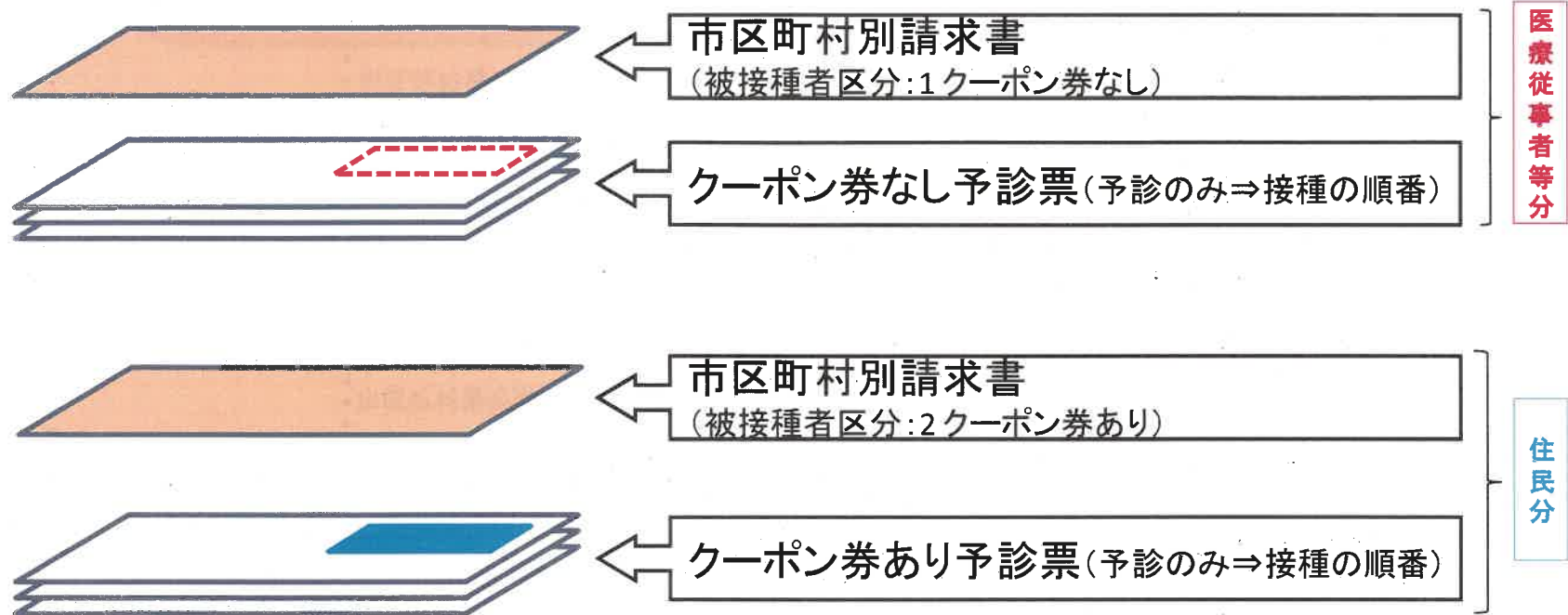
② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域



実施機関における国保連への請求時の編綴方法



実施機関における市町村への請求時の編綴方法の例



予診票のイメージ

クーポンありとは、市町村が発行した接種券(クーポン)を予診票の右上に貼付したもので、住民接種用に使用されるもの

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※左枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種券(クーポン)貼付

接種券を貼り付ける

氏名: 厚労 花子
生年月日: 1970年01月30日
性別: 女

接種券情報: 東京都 港区 豊洲 1-1-1
接種券番号: 131032
氏名: 厚労 花子

接種券を貼付する欄

接種券を貼付する欄

クーポンなしとは、V-SYSにて発行した接種券情報が印刷された予診票で、医療従事者等の接種に使用されるもの

(医) 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (1回目)

※左枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種券情報印刷済み

接種券情報印刷済み

氏名: 厚労 花子
生年月日: 1970年01月30日
性別: 女

接種券情報: 東京都 港区 豊洲 1-1-1
接種券番号: 131032
氏名: 厚労 花子

接種券情報が印刷された欄

接種券情報が印刷された欄

接種券情報印刷済み

(補足) ワクチン接種に関する費用の請求書の作成時の注意点

請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄が印字されない場合があります。

- V-SYS上に登録されている医療機関の情報に代表者氏名が記載されていない場合は、請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名が印字されません。

ですので、別添を参照の上、**請求総括書等を作成する前にV-SYS上に代表者名を登録**してください。

- 上記作業が間に合わなかった場合は、出力された請求総括書及び市区町村別請求書の**代表者氏名欄に手書きで記入**してください。

V-SYS 代表者名の登録方法

2 **編集** をクリック

3 **代表者名を登録してください**

請求総括書等の代表者名に引用されます。

医療機関・接種会場の編集

申請・保存 キャンセル

▼ 情報

施設分類	1:病院
ファクシミリ	
ホームページ	
ディープリーザー(-75℃)(台)	
ディープリーザー(-20℃)(台)	
駐車場(例:10台)	
納入先施設名	〇〇病院
納入先郵便番号(000-0000)	000-0000
納入先住所	中央区△△1-1-1
予約空き状況※	×:予約受付不可
予約空き状況更新日時	[2021/04/04 19:47]

▼ 医療機関情報(受付システム)

保険医療機関コード	1234567890
介護保険事業所番号	0
医療機関・接種会場名※	〇〇病院
代表者名	代表 太郎
郵便番号(000-0000)※	000-0000
市町村※	東京都中央区
町名・番地※	△△1-1-1
代表電話番号	000-1234-5678
集合契約加入日	2021/02/12 [2021/04/04]

V-SYSにて出力される請求総括書・市区町村別請求書

請求総括書

〇〇〇国民健康保険団体系組合 御中

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分: 1

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称: 〇〇クリニック

20 年 月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

＜単価(税抜き)＞

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所地内 接種分 含む	対象

※医療機関等の所在地と請求先が同じ市区町村の場合はチェック

市区町村別請求書

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

分: 1 ケーボン券なし/2 ケーボン券あり

番号(10桁):

名称: 〇〇クリニック

請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

＜単価(税抜き)＞

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所地内 接種分 含む	対象

※医療機関等の所在地と請求先が同じ市区町村の場合はチェック

こちらに代表者名が印字されている必要があります。
※間に合わなかった場合には手書きで記入。

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
(新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)

第61回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和3年度第9回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）

資料
2

2021(令和3)年6月9日

新型コロナワクチンの投与開始初期の重点的調査（コホート調査）

課題番号 20HA2013

COVID-19

CDC

国立感染症研究所ホームページ



健康観察日誌集計の中間報告（7）



代表研究者

伊藤 澄信 順天堂大学医学部 臨床研究・治験センター、臨床薬理学 客員教授

分担研究者

楠 進 地域医療機能推進機構・本部・理事

土田 尚 国立病院機構本部総合研究センター 治験研究部長

金子 善博 労働者健康安全機構本部本部 研究ディレクター

飛田 護邦 順天堂大学革新的医療技術開発研究センター 先任准教授

研究事務局

順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研究・治験センター



予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会&医薬品等安全対策部会安全対策調査会 2021/6/9



順天堂大学 コロナワクチン研究事務局

新型コロナワクチンの投与開始初期の重点的調査（コホート調査）

リスクコミュニケーションの一環として治験と同様の方法で、1-2万人の安全性情報を収集し、厚労省の専門家会議を通じて、国民の皆様にも本ワクチンの安全性情報を発信することを目的とする。免疫を惹起することに伴う発熱、倦怠感などの副反応疑いの情報を正確に把握し、医療機関の業務と両立したワクチン接種が遂行できるように情報発信する。

調査内容： SARS-CoV-2 ワクチン接種者の最終接種4週間までの安全性

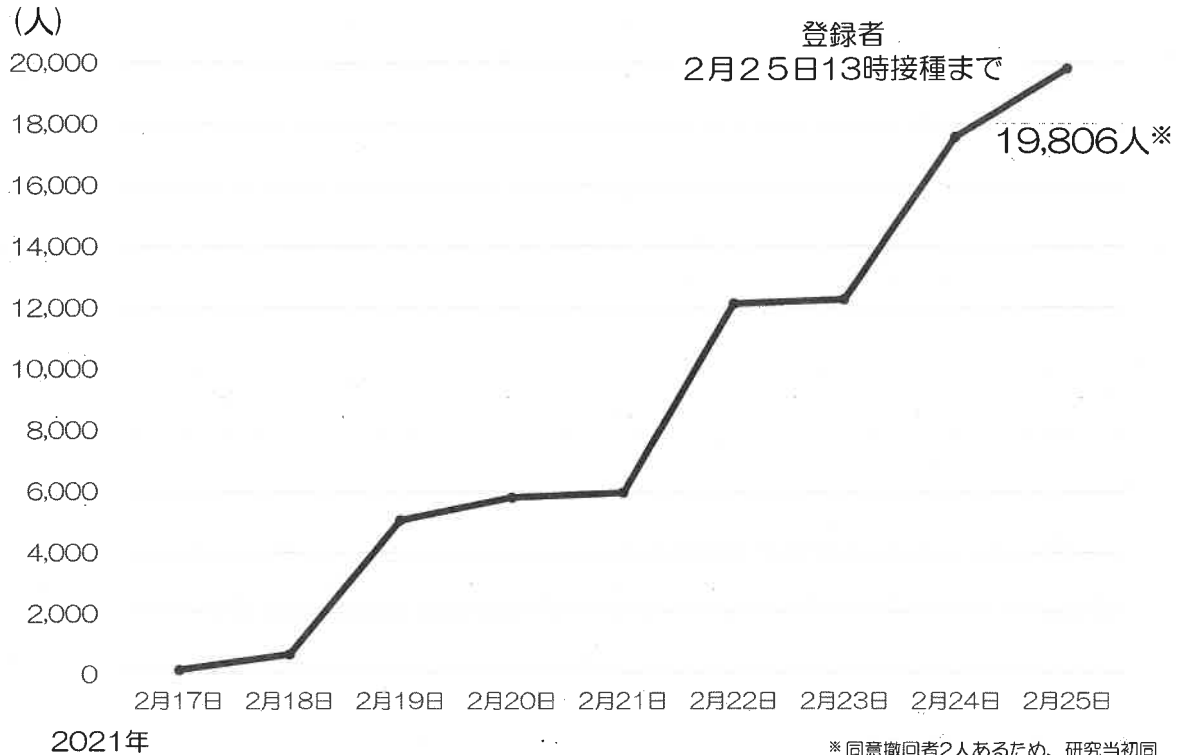
- 体温、接種部位反応、全身反応（日誌）
- 主たる目的は副反応疑い、重篤なAE（因果関係問わず）のコホート調査による頻度調査
- NHO、JCHO、JOHASの職員（コミナティ筋注）
- 自衛隊職員（COVID-19ワクチンモデルナ筋注）
- 2万人調査すると0.015%（6,700人に一人）発現する副反応疑いが95%の可能性で捕捉できる（1万人なら0.03%、3,350人に一人）。



ワクチン接種者を対象とする前向き観察研究



コミナティ筋注被接種者数の推移（累計）



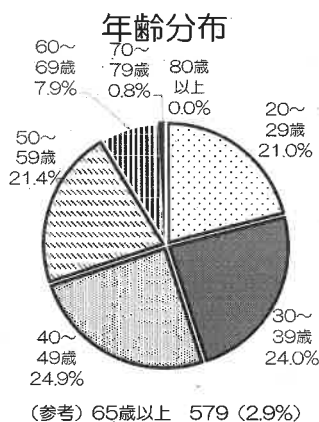
* 同意撤回者2人あるため、研究当初同意者19,808人から2人減



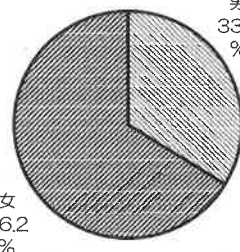
順天堂大学 コロナワクチン研究事務局

コミナティ筋注被接種者の人口統計学的特性

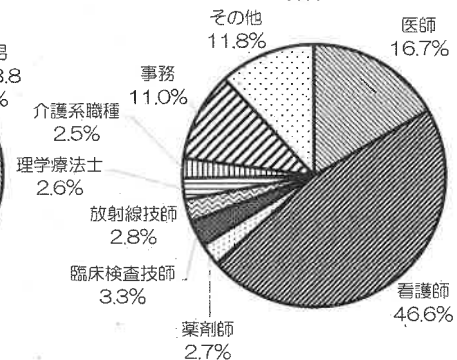
被接種者数 19,806人



男女比



職種



治療中疾患	人数	割合 (%)
高血圧	1,724	8.7%
脂質異常症	1,000	5.0%
糖尿病	411	2.1%
気管支喘息	430	2.2%
アトピー性皮膚炎	567	2.9%
その他	2,591	13.1%
なし	14,531	73.4%

n=19,806

既往歴	人数	割合 (%)
気管支喘息	1,941	9.8%
悪性腫瘍	412	2.1%
いずれもなし	17,488	88.3%

n=19,806

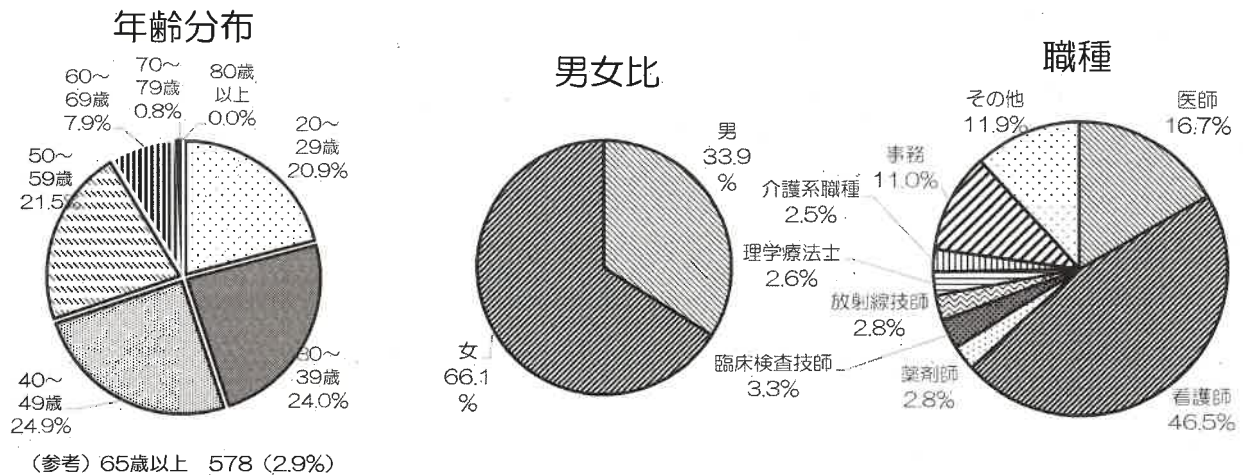
複数疾患をお持ちの方もあるため合計は100%ではありません



順天堂大学 コロナワクチン研究事務局

コミュニティ筋注被接種者の人口統計学的特性

2回目 被接種者数 19,627人 6月7日現在



治療中疾患	人数	(割合%)
高血圧	1,716	8.7%
脂質異常症	995	5.1%
糖尿病	406	2.1%
気管支喘息	423	2.2%
アトピー性皮膚炎	560	2.9%
その他	2,565	13.1%
なし	14,401	73.4%

既往歴	人数	(割合%)
気管支喘息	1,916	9.8%
悪性腫瘍	408	2.1%
いずれもなし	17,338	88.3%

n=19,627

n=19,627
複数疾患をお持ちの方もいるため合計は100%ではありません



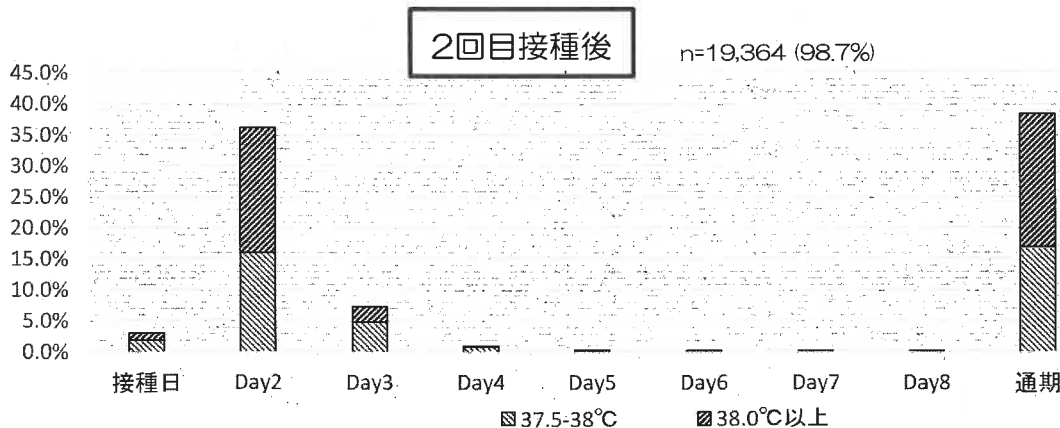
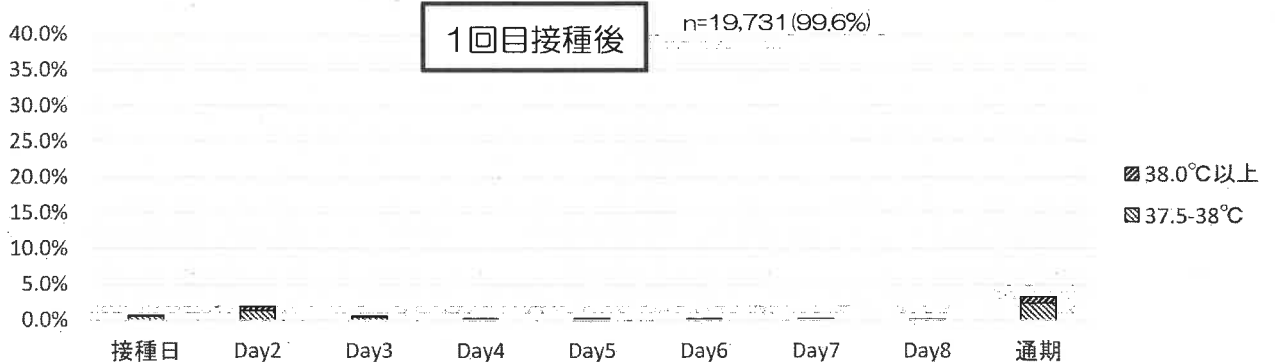
順天堂大学 コロナワクチン研究事務局

新型コロナワクチンの投与開始初期の重点的調査 (コホート調査)

コミュニティ筋注

発熱 (37.5°C以上)

Data Cutoff Date 2021/6/4 8:00



局所反応（投与部位）のAEの重症度判断基準

Grade AE名	1（軽度）	2（中等度）	3（高度）	4（重篤、生命の危険がある）
疼痛	痛みを感じるが、特に気にならない。	痛みを感じて鎮痛剤を1回服用した。	痛みを感じて鎮痛剤を2回以上服用した。	重症又は持続性の潰瘍、又は壊死、又は手術を要する。
発赤	長径が< 2.0 cm	長径が2.0 - 5.0 cm	長径が> 5.0 cm	
腫脹	長径が< 2.0 cm	長径が2.0 - 5.0 cm	長径が> 5.0 cm	
硬結	長径が< 2.0 cm	長径が2.0 - 5.0 cm	長径が> 5.0 cm	
痒痒感	—	痒みを感じるが、薬剤治療を要さない。	痒みを感じ、薬剤治療を要する。	
熱感	—	熱を感じるが、薬剤治療を要さない。	熱を感じ、薬剤治療を要する。	

全身性反応のAEの重症度判定基準

Grade AE名	1（軽度）	2（中等度）	3（高度）	4（重篤、生命の危険がある）
頭痛	日常感じる頭痛より軽度の頭痛の増強 薬剤治療を要さない	中等度の頭痛 薬剤治療を要する又は、日常生活の一部に困難が生じる	高度の頭痛、日常生活に支障あり	活動不能/動作不能
倦怠感	日常感じる疲労より軽度の疲労の増強 薬剤治療を要さない	中等度の疲労 薬剤治療を要する又は、日常生活の一部に困難が生じる	高度の疲労、日常生活に支障あり	活動不能/動作不能
鼻汁	日常より鼻汁はあるが、薬剤治療を要さない	中等度の鼻汁 薬剤治療を要する又は、日常生活の一部に困難が生じる	高度の鼻汁、日常生活に支障あり	—



新型コロナワクチンの投与開始初期の重点的調査（コホート調査）

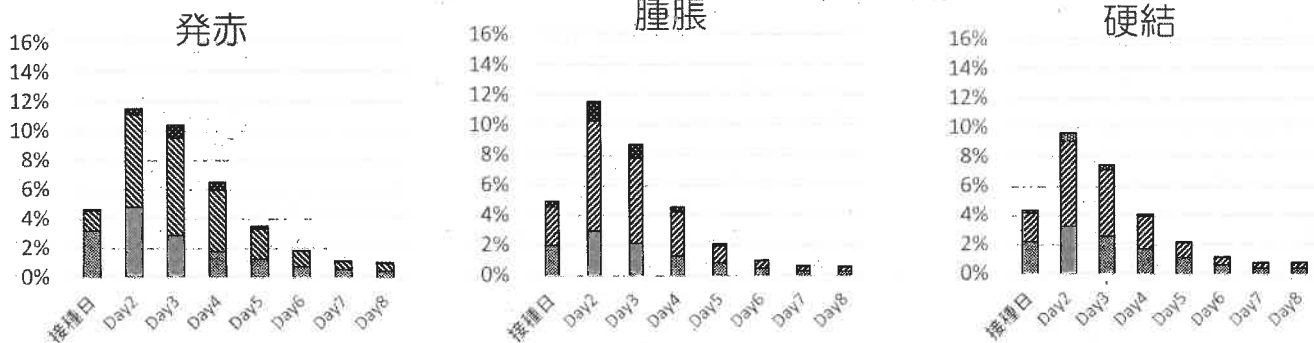
コミナティ筋注

接種部位反応 ①

Data Cutoff Date: 2021/6/4 8:00

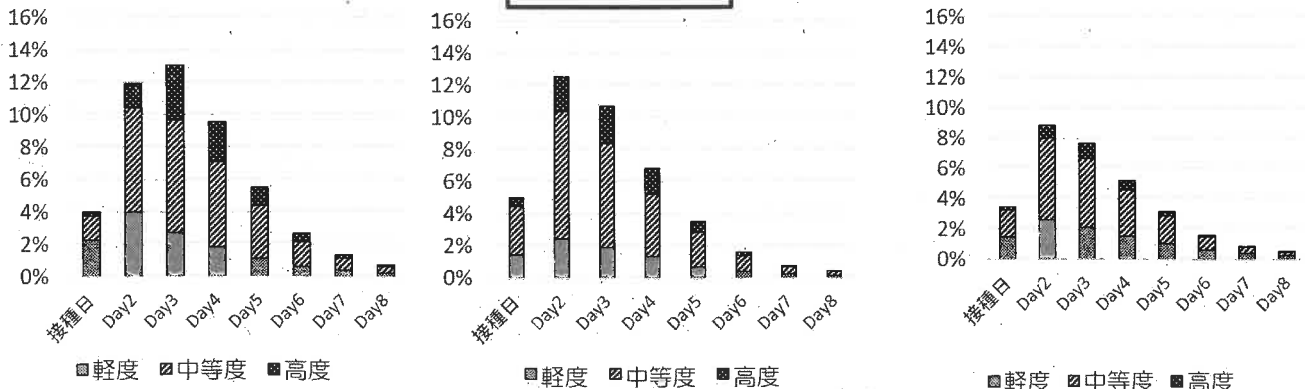
1回目接種後

n=19,731 (99.6%)



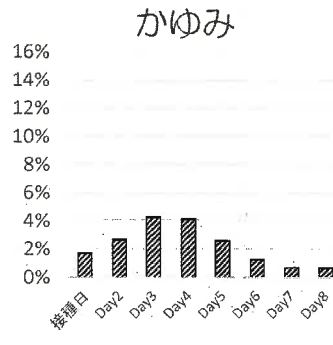
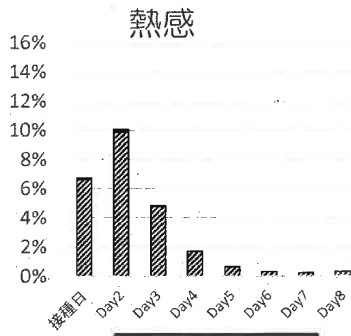
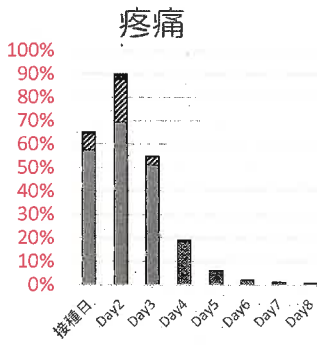
2回目接種後

n=19,364 (98.7%)



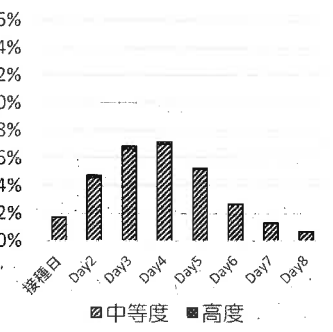
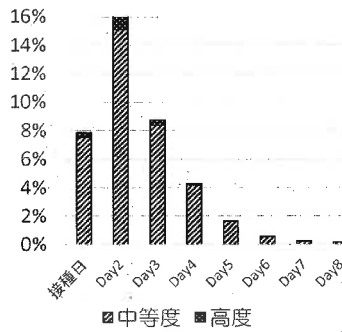
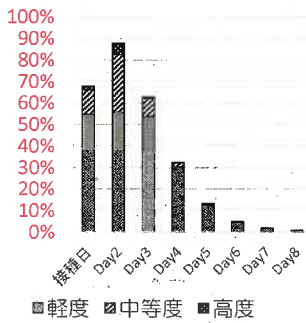
1回目接種後

n=19,731 (99.6%)



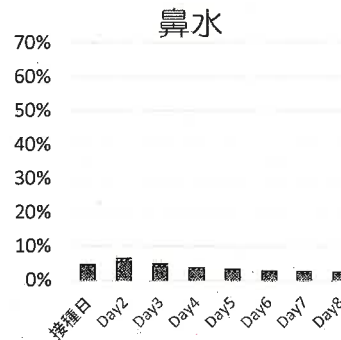
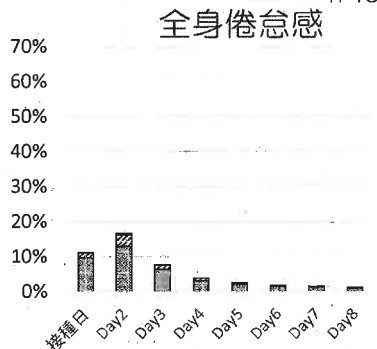
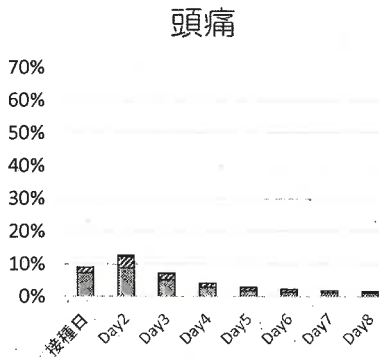
2回目接種後

n=19,364 (98.7%)



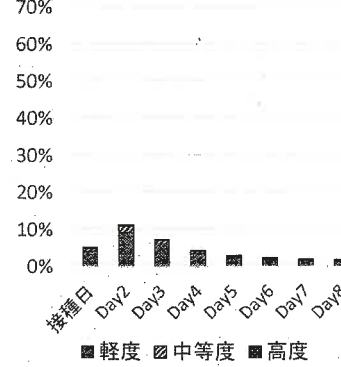
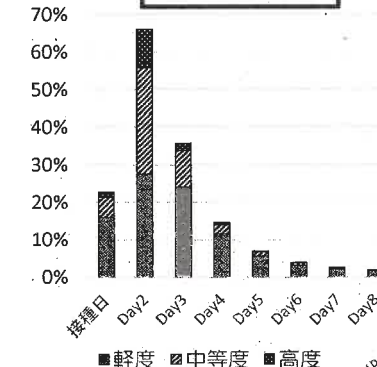
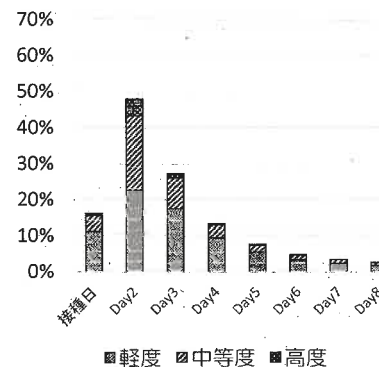
1回目接種後

n=19,731 (99.6%)



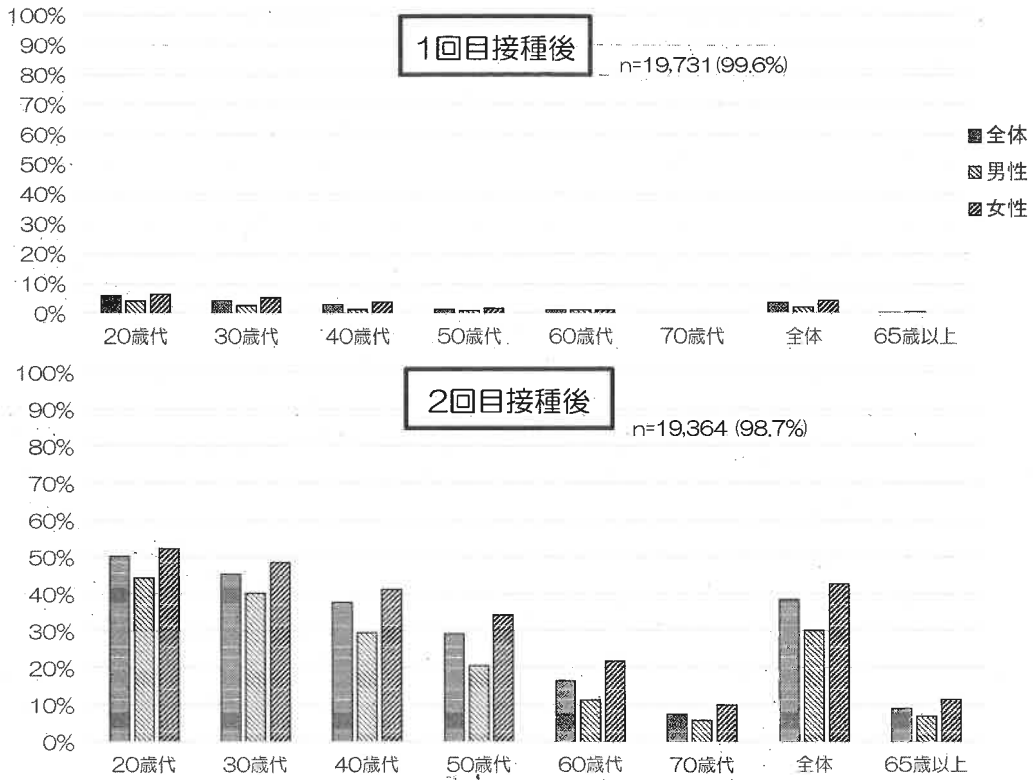
2回目接種後

n=19,364 (98.7%)



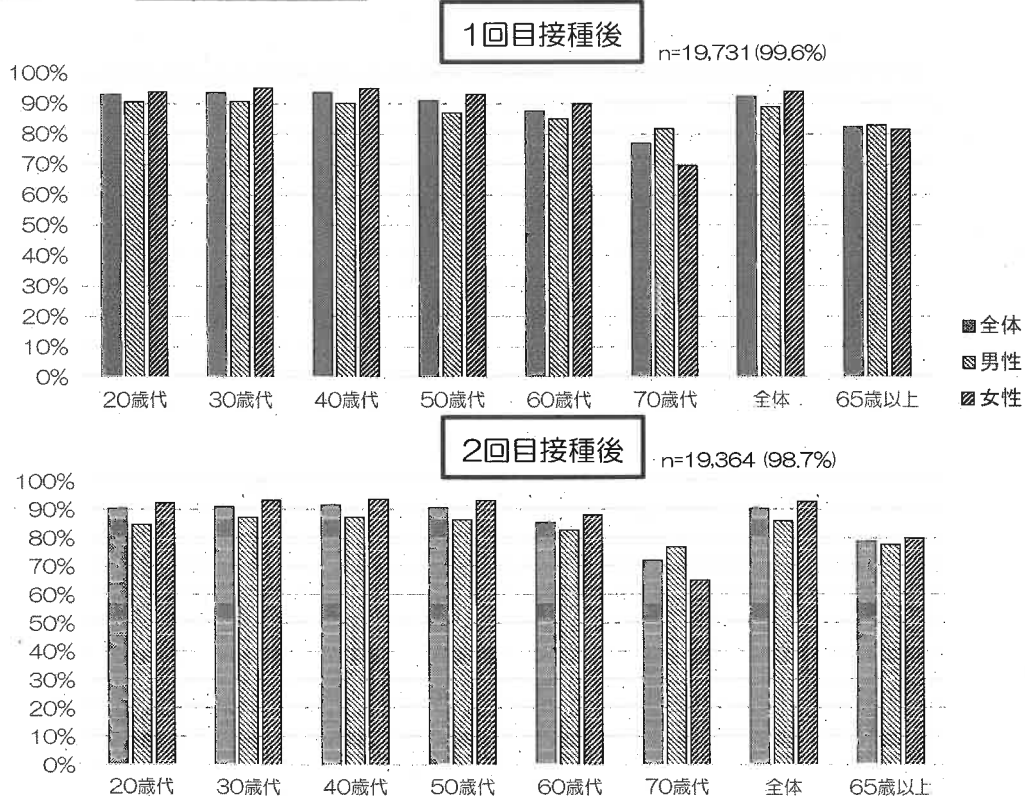
コミュニティ筋注

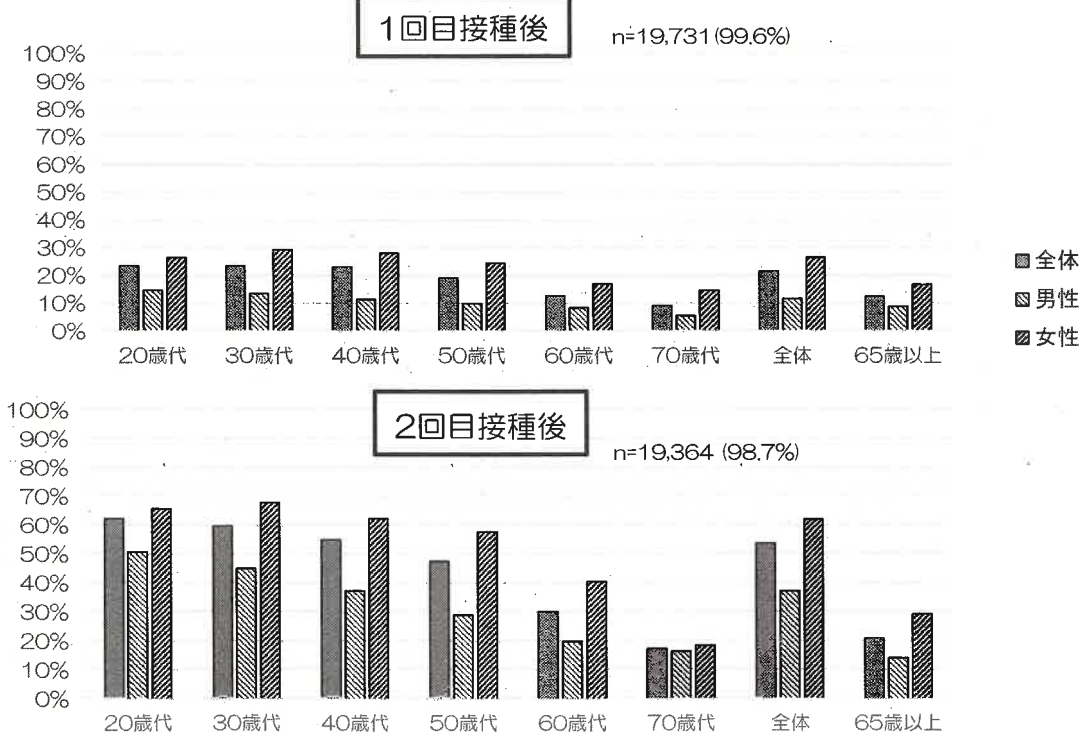
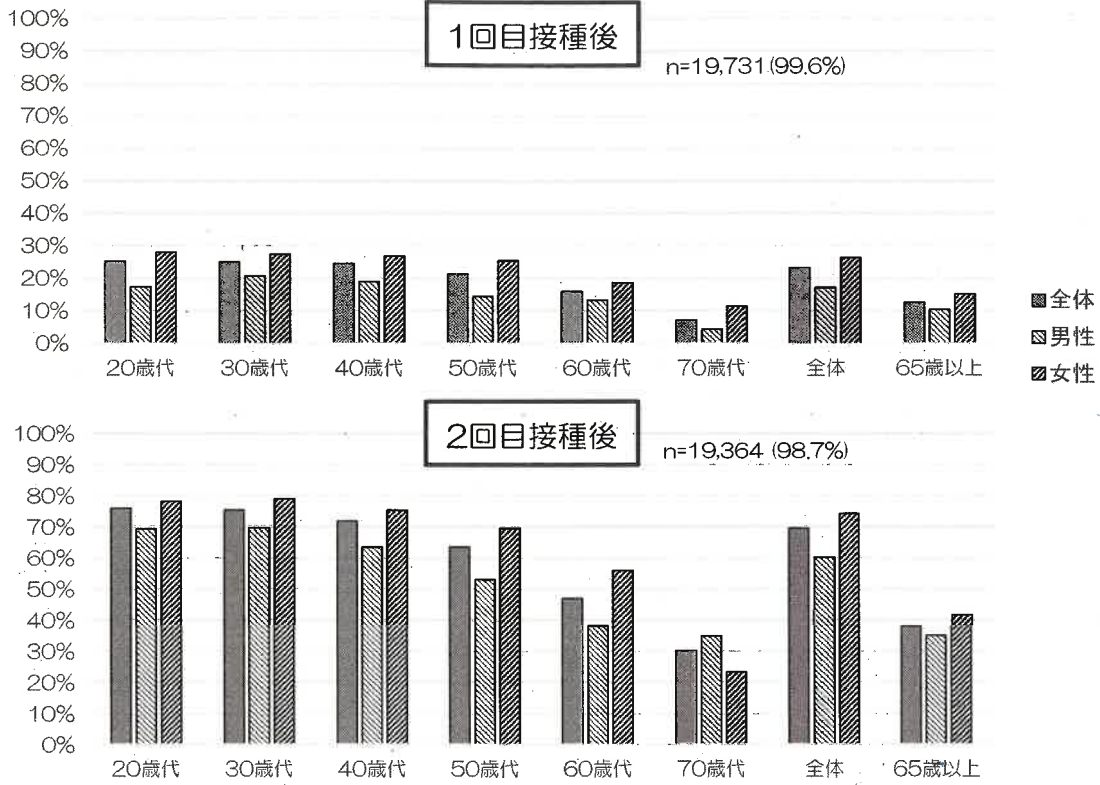
発熱 (37.5℃以上)



コミュニティ筋注

接種部位疼痛





薬剤名	1回目接種後			2回目接種後		
被接種者数	19,731人			19,364人		
アセトアミノフェン	693人	3.51%	うちアセトアミノフェンとの重複	2,504人	12.93%	うちアセトアミノフェンとの重複
ロキソプロフェン	145人	0.73%	49人	370人	1.91%	249人
イブプロフェン	9人	0.05%	2人	20人	0.10%	13人
ジクロフェナック	4人	0.02%	1人	13人	0.07%	6人
アスピリン	1人	0.01%	0人	0人		

終了報告時COVID-19感染が報告された人

終了報告 17,736人

施設名	1回目接種日	年齢	性別
A病院	2021/2/19	40歳代	女
B病院	2021/2/22	50歳代	男
C病院	2021/2/24	20歳代	女
D病院	2021/2/24	50歳代	女
E病院	2021/2/24	20歳代	女
C病院	2021/2/24	40歳代	女
F病院	2021/2/25	20歳代	女

解熱鎮痛薬を飲んでいたら
1回目 799人 (4.05%)
2回目 2,637人 (13.62%)

7人のうち3人は
2回目接種実施

COVID-19感染報告率
0.81症例/10万人日
(49日間で7人が感染したものとして算出)



海外試験とH1N1インフルエンザワクチンとの比較

	BNT162b2 mRNAワクチン 筋注			H1N1pdm インフルエンザワクチン 不活化ワクチン 皮下注		
	コミナティ筋注 先行接種	2021年 (NHO, JCHO, JOHAS) 途中経過	2021年 (NHO, JCHO, JOHAS) 途中経過	BNT162b2第Ⅲ相試験 (NEJM) 2020年 海外	2020年 海外	H1N1インフルエンザ 2009年 (NHO)
	1回目	2回目	1回目	2回目	22,112人	
発熱 (37.5℃以上)	3.3%	38.5%				発熱 (37.5℃以上) 3.1%
発熱 (38℃以上)	0.9%	21.5%	Fever (38.0℃以上) 4%	16%		
接種部位反応	92.8%	91.6%				接種部位反応 69.9%
発赤	13.9%	16.1%	Redness 5%	6%		発赤 60.1%
疼痛	92.2%	90.3%	Pain at injection site 83%	78%		疼痛 43.8%
腫脹	12.5%	14.2%	Swelling 6%	6%		腫脹 36.0%
硬結	10.7%	10.2%				
熱感	12.9%	19.2%				熱感 28.2%
かゆみ	8.0%	12.0%				かゆみ (中等度以上) 6.7%
全身症状	35.9%	76.1%				全身症状 26.7%
倦怠感	23.2%	69.5%	Fatigue 47%	59%		倦怠感 19.0%
頭痛	21.4%	53.6%	Headache 42%	52%		頭痛 14.1%
鼻水	10.2%	14.6%				鼻水 10.4%



事務連絡
令和3年6月18日

各 都道府県
市町村 衛生主管部（局） 御中
特別区

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナウイルスワクチンの個別接種の促進策の継続及び
職域接種における支援策について

希望する高齢者に、7月末を念頭に各自治体が2回の新型コロナウイルスワクチンの接種を終えることができるよう、接種費用の時間外・休日加算の他、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を活用し、個別接種促進のための支援等を行っておりますが、10月から11月にかけて希望する全ての国民への接種を終えることができるよう、7月末までとしているこれらの措置を、当面の間、継続することとしました。

また、職域接種については6月21日から開始することを可能としておりますが、中小企業や大学等が実施する場合については、接種費用とは別に、会場設置等に要する経費を新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金により実費補助することとしましたので、お知らせいたします（詳細別紙）。

今後、「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）交付要綱」等の改正を行う予定ですが、御了知いただくとともに、関係部署と連携の上、関係団体等への周知をお願いいたします。

(案)

別紙

1. 新型コロナウイルスワクチンの個別接種の促進策等の継続

(1) 接種費用の時間外・休日加算

新型コロナウイルスワクチン接種対策費負担金による、時間外(730円)、休日(2,130円)に接種した場合の加算措置について、当面の間継続する。具体的な終期については、別途お知らせする予定。

(2) 個別接種促進のための追加支援策

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業における「個別接種促進のための支援」)による診療所及び病院に対する支援策について、当面の間継続する。具体的な取扱いについては以下のとおり。

①「診療所」における接種回数の底上げ

- ・ 週100回以上の接種を7月末までに4週間以上行う場合には、週100回以上の接種をした週における接種回数に対して回数当たり2,000円については、「7月末まで」を「7月末まで、8・9月、10・11月」とし、それぞれの期間において、4週間の算定を行う。週150回以上の場合も同様とする。

②接種施設の増加

診療所及び病院が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合は、10万円/日(定額)を交付する措置を当面の間継続する。(実施対象期間は、①③と同様の期間とする。)

③「病院」における接種体制の強化

- ・ 病院が、特別な接種体制を確保した場合(通常診療とは別に、接種のための特別な人員体制を確保した場合であって、休日・休診日・時間外・平日診療時間内の別を問わない。)であって、50回以上/日の接種を週1日以上達成する週が、7月末までに4週間以上ある場合に所定の支援単価による所要額を病院に追加交付については、「7月末まで」を「7月末まで、8・9月、10・11月」とし、それぞれの期間において、4週間の算定を行う。

なお、記載されていない事項については、特に変更はないものとして取り扱う。

2. 職域接種における支援策について

(1) 支援の対象となる職域接種

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するもの

- ・ 中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの
- ・ 大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの

(2) 支援策

都道府県が設置する大規模接種会場において支援対象とする経費と同等の経費を対象として、1,000円×接種回数を上限に実費補助

※具体的な内容については、別途お知らせする予定

ワクチン接種に係る支援策について（1）

○ ワクチン接種にかかる支援策としては、これまで講じていた接種費用(2,070円)への時間外・休日加算相当分の上乗せ、時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣に対する財政的支援に加え、診療所ごとの接種回数の底上げと接種を実施する医療機関数の増加の両面からの取り組みにより、接種回数の増加を図るため、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を活用した個別接種促進のための財政支援を行ってきたところ。

当該支援の実施期間を、当面継続する。(①～③)

○ 更なるワクチン接種の加速化を図るため、「職域接種」において、医療機関が出張して実施し、一定の条件を満たす場合、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を新たに実施する。(④)

【ワクチン接種対策費負担金】 (接種の費用)

予算額：4,319億円(令和2年度三次補正)

<概要>

【当面継続】

・単価：2,070円/回

・時間外・休日の接種に対する加算
(時間外：+730円、休日：+2,130円)



【ワクチン接種体制確保事業】 (自治体における実施体制の費用)

予算額：3,439億円(令和2年度三次補正等)

<概要>

- 接種の実施体制の確保に必要な経費
- 集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費 等



ワクチン接種に係る支援策について（2）

【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】



◆ 個別接種促進のための追加支援策(①～③)

個別接種

①「診療所」における接種回数の底上げ 【当面継続】

- ・週100回以上の接種を7月末まで／8・9月／10・11月に4週間以上行う場合 ⇒ +2,000円／回
- ・週150回以上の接種を7月末まで／8・9月／10・11月に4週間以上行う場合 ⇒ +3,000円／回

②接種施設数の増加(診療所・病院共通) 【当面継続】

医療機関が50回以上／日のまとまった規模の接種を行った場合は、10万円／日（定額）を交付。(①とは重複しない)

集団接種

都道府県が実施する大規模接種会場の設置等に必要となる費用を補助

<概要>

- 都道府県がワクチン接種を実施するために設置する大規模接種会場に係る設備整備等の支援を実施
(使用料及び賃借料、備品購入費等)

時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

<概要>

- 時間外・休日の医療機関の集団接種会場への医師・看護師等の派遣について、派遣元への財政的支援を実施
 - ・医師 1人1時間当たり 7,550円
 - ・看護師等 1人1時間当たり 2,760円

※地域の実情に応じて都道府県知事が必要と認める地域への派遣を対象

同様の接種扱い

③「病院」における接種体制の強化 【当面継続】

特別な体制を組んで、50回以上／日の接種を週1日以上7月末まで／8・9月／10・11月に4週間以上行う場合に、上記の医療従事者派遣事業と同様の仕組みを活用し、②に加えて追加交付

◆ 職域接種に対する新たな支援策(④)

<概要>

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するものに対し、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を実施。(1,000円×接種回数を上限に実費補助)

- ・ 中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの
- ・ 大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの

【新規】



企業・大学

国民向け新型コロナワクチン接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」について

- 3/29にオープンした、国民向け接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」では、
 - ・居住地でワクチン接種を受けられる医療機関はどこにあるのか
 - ・その医療機関の現在の予約受付状況
 といった情報を提供している（**接種会場検索は4/5からV-SYSとの情報連携開始**）。



<https://v-sys.mhlw.go.jp>

接種予約できる医療機関等の探し方



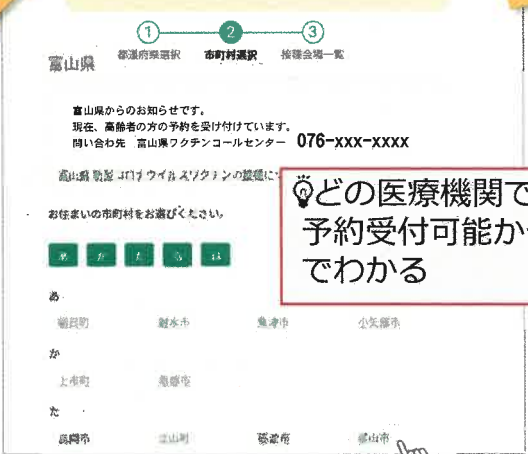
各自治体からのお知らせや、相談窓口の電話番号等も表示できる

各自治体のホームページに、該当自治体ページをリンクできる

① 都道府県を選択



② 市町村を選択



どの医療機関で現在予約受付可能か一目でわかる

③ 市町村内の接種医療機関等を探す

接種会場一覧

1 都道府県選択 → 2 市町村選択 → 3 接種会場一覧

富山県 > 富山市

富山市からのお知らせです。
現在、高齢者の方の予約を受け付けています。
問い合わせ先 富山市コロナワクチン総合案内 **076-xxx-xxxx**
富山市 新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種について

最寄りの接種会場をお選びください。
接種するワクチンについて詳しく知りたい方はワクチンをご覧ください。
どうすればワクチンを接種できるのかを詳しく知りたい方はワクチンを受けるには

医療機関名や郵便番号の絞り込みも可能

施設名、住所、郵便番号
キーワードを入力

この条件で絞り込む

予約可能な会場のみ表示
 一般受入可の会場のみ表示

予約可能
 若干空き有り
 予約不可能
 予約不要

1 ~ 10 件を表示 / 全 37 件

富山市特設接種会場 (〇〇体育館)
富山市〇〇番地

独立行政法人富山〇〇病院
富山市〇〇区〇〇丁目〇〇-〇

医療法人社団△△会富山△△温泉病院
富山市〇〇区〇〇丁目〇〇-〇

[+] を開くと、各医療機関の詳細情報（予約方法、お知らせ等）を明記している