

資料

～機能障害の程度(60～65歳未満の方)～

心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害の程度は、次のいずれかに該当するものであること。なお、これらに該当することについては、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなど、接種対象者であることの認定に必要と思われる資料の提出を求められたいこと。(施行令第1条、施行規則第2条の2関係)

ア 心臓機能障害

(ア) 次のいずれか二以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰返しアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線写真所見で心胸比0.60以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
- g 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただしV1を除く。)のいずれかのTが逆転した所見があるもの

(イ) 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの

イ じん臓機能障害

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

ウ 呼吸器機能障害

予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が20以下のもの又は動脈血O₂分圧が50Torr以下のもの。予測肺活量一秒率とは、一秒量(最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長 of 組合せで正常ならば当然あると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

エ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4陽性Tリンパ球数が200/μl以下で、次の項目(a～l)のうち六項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について3,000/μl未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く

- b Hb 量について男性 12 g/dl 未満、女性 11 g/dl 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
 - c 血小板数について 10 万/ μ l 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
 - d ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について 5,000 コピー/ml 以上の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
 - e 一日一時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に七日以上ある
 - f 健常時に比し 10%以上の体重減少がある
 - g 月に七日以上の不定の発熱（38℃以上）が二か月以上続く
 - h 一日に三回以上の泥状ないし水様下痢が月の七日以上ある
 - i 一日に二回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に七日以上ある
 - j 口腔内カンジタ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある
 - k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
 - l 軽作業を越える作業の回避が必要である
- (イ) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

様

第 号
年 月 日

保 護 決 定 通 知 書

川崎市 福祉事務所長 印

生活保護法による保護を次のとおり したので通知します。

1. 保護の決定内容、認定年月日及び決定した理由

内容	認 定 年 月 日	決 定 し た 理 由

2. 決定内容

生活扶助	住宅扶助	教育扶助	その他	合 計
円	円	円	円	円

教育扶助中の学校給食費は、 渡しとします。教材代は、学校長渡しとします。

冬季加算	円
期末一時扶助	円

(12月の生活費に加算されています。)

一時扶助			円			円	追給額
			円			円	円
			円			円	返納額
			円	合 計 (金銭分)		円	円

あなたが介護機関、医療機関及び保護施設に支払う金額 (※医療機関への支払いの場合は10円未満は切り捨てとなります。)	
本 人 支 払 額 計	円

別 途 送 金 先 ()
()
()
()
()

扶 助 額	+	一 時 扶 助 額	-	別 途 送 金 額	=	支 給 額
円		円		円		円

- 注1 今回の保護費の支払日は、 です。
- 2 保護金品の受領に際しては、この決定通知書と印鑑を必ず持参してください。
- 3 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、神奈川県知事に対して審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴え(以下「取消訴訟」といいます。)は、前記の審査請求についての裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、川崎市を被告として(川崎市長が被告の代表者となります。)提起することができます。なお、取消訴訟は、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求をした日(行政不服審査法第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

様式 1
(専門相談協力医療機関事業用)

紹 介 状

年 月 日

_____先生侍史 紹介元医療機関
医療機関名
所 在 地
医 師 名
電 話

次の患者を御紹介させていただきます。
☐ コッホ現象の疑い
☐ 接種要注意者（予防接種の種類_____）
接種可能な方については、接種いただければ幸いです。

氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	川崎市 区		
生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）		
(相談内容)			

受入専門相談協力医療機関記入欄 **紹介内容がコッホ現象の疑いの場合は**、コッホ現象事例報告書の提出をお願いいたします。

医療機関名 所 在 地 医 師 名 電 話	年 月 日
(相談結果・処置) 相談のみ・予診のみ・接種（該当項目に○印をしてください。）	

川崎市証明 第 号
年 月 日

被 保 護 証 明 書

現 住 所

世 帯 主 名

使 用 目 的

該当世帯員 年 月 日生

(以下余白)

扶助の種類

上記の者は 年 月 日から
生活保護法による扶助を受けていることを証明する。

川崎市〇〇福祉事務所長

(お問合せ先)

介護保険料納入通知書

年度

介護保険料と納入方法を次のとおり決定（変更）しましたので通知します。

**保険料段階は
こちらを確認してください**

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

年度	保険料額	円	保険料段階
----	------	---	-------

【 期別保険料額 】 ※ 1

区分	会計	款	項	目	節	細節	細々節
1	33	01	01	01	01	05	05
納付月	普通徴収	特別徴収	変更前の保険料額		決定(変更)後の保険料額		普通徴収納期限
			普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収	
4 月		1 期					
5 月		2 期					
6 月		3 期					
7 月		4 期					
8 月		5 期					
9 月		6 期					
10 月							
11 月							
12 月							
1 月							
2 月							
3 月							
	小 計						
	計						

【 翌年度仮徴収額のお知らせ 】 ※ 2

納付月	特別徴収	変更前 保険料額	変更後 保険料額
4 月	1 期		
6 月	2 期		
8 月	3 期		

【 口座情報 】 ※ 3

口座名義人カナ	
金融機関名 本・支店名	
口座種別	口座番号

- ※ 1 【期別保険料額】欄に、「随時期」と表示されているものは、年度を遡って発生した保険料のことです。
また、「普通徴収」は納付書や口座振替等による納付、「特別徴収」は年金からの差し引きによる納付のことを指します。
- ※ 2 【翌年度仮徴収額のお知らせ】欄に介護保険料額が表示されている場合につきましては、翌年度 4・6・8 月に年金から差し引く保険料額を表示しています。保険料段階の変更等により、保険料額が変更された場合は改めてお知らせします。
- ※ 3 【口座情報】欄に情報が表示されている方につきましては、介護保険料の各期の普通徴収分を上記の口座から振替いたします。
- ※ 納入通知書の見方や介護保険料の納め方の詳細については、同封のチラシも御参照ください。

【 保険料算出の基礎 】

保 険 料 段 階	段階別保険料額	期 間	月 数	保険料算出額	減 免 額	保 険 料 額

● 段階別の保険料額、第1号被保険者の資格を有する期間及び月数に基づき算出した保険料算出額を表示しています。

【 保険料段階の決定根拠 】 ※令和6年度（令和5年中の所得）の課税状況です。

本人の 市民税	世帯の 市民税	本人の年金収入	本人の合計所得※	備 考

※「本人の合計所得」欄の金額は、税法上の合計所得金額とは異なり、下記（注1）の控除後の金額が表示されています。

● 市民税の課税・非課税については、地方税法第323条による減免を行う前で判断されます。

【 これまでの保険料納入方法等 】

保険料納入方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

【 これからの保険料納入方法等 】

保険料納入方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

【 令和6年度保険料段階表 】

65歳以上の方（第1号被保険者）の介護保険料は、賦課期日現在の被保険者本人とその世帯や課税状況に応じてお一人ごとに算出し、次の19段階に分けられています。段階別保険料率（額）は、4月から翌年3月までの1年間の額ですが、年度途中に65歳になったときや川崎市に転入された場合は月数に応じた額となります（実際に納めていただく年間の保険料額は端数調整した額となります）。

自己負担金免除（無料）

保険料段階	対 象 と な る 方	負担割合	段階別保険料率（額）	年間の保険料額
第1段階	・生活保護または中国残留邦人等支援給付を受けている方 ・世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受けている方	0.285	22,543円	22,540円
第2段階	本人が世帯の全員が市町村民税非課税の方	0.285	22,543円	22,540円
第3段階	本人が市町村民税非課税の方	0.382	30,216円	30,210円
第4段階	市町村民税非課税の方	0.67	52,995円	52,990円
第5段階	世帯内に市町村民税課税者がいる方	0.9	71,188円	71,180円
第6段階（基準額）	上記以外の方	1.0	79,097円	79,090円
第7段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が125万円未満の方	1.15	90,962円	90,960円
第8段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が125万円以上200万円未満の方	1.25	98,872円	98,870円
第9段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が200万円以上300万円未満の方	1.5	118,646円	118,640円
第10段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が300万円以上350万円未満の方	1.7	134,465円	134,460円
第11段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が350万円以上400万円未満の方	1.8	142,375円	142,370円
第12段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が400万円以上500万円未満の方	1.9	150,285円	150,280円
第13段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が500万円以上600万円未満の方	2.1	166,104円	166,100円
第14段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が600万円以上700万円未満の方	2.3	181,924円	181,920円
第15段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が700万円以上1,000万円未満の方	2.5	197,743円	197,740円
第16段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が1,000万円以上1,500万円未満の方	2.7	213,562円	213,560円
第17段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が1,500万円以上2,000万円未満の方	2.9	229,382円	229,380円
第18段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が2,000万円以上3,000万円未満の方	3.1	245,201円	245,200円
第19段階	本人の令和5年中の「合計所得金額」※が3,000万円以上の方	3.3	261,021円	261,020円

自己負担金あり

（注1） 合計所得金額（地方税法292条第1項第13号）とは、年金・給与・事業等の収入金額から必要経費に相当する額を控除した金額で、基礎控除や扶養控除、医療費控除等の税法上の各種所得控除や、土地、建物や株式の譲渡所得がある場合の特別控除、繰越控除等を行う前の金額です。ただし、平成30年度からは、保険料段階の判定において、土地や建物の譲渡所得に特別控除がある場合は、合計所得金額から特別控除額を控除した額を用います。さらに、本人が市町村民税非課税の場合には、当該合計所得金額から、公的年金等に係る雑所得を控除し、また令和3年度からは税制改正への対応として下記を控除した額を用います。

（第1～6段階の方）① 給与所得と公的年金等に係る雑所得があり、所得金額調整控除の適用がある場合は、給与所得金額にその控除額を加えた後、10万円を控除。② ①に該当しない方で給与所得がある場合は、給与所得金額から10万円を控除。なお、本人が市町村民税課税で給与所得又は公的年金等に係る雑所得がある場合は、令和3年度から5年度まで税制改正への対応として、その合計額から10万円を控除していました。令和6年度以降の保険料においては、税制改正後の所得状況を元に各保険料段階の所得基準を定めたため、令和6年度の課税状況を元に年間保険料額を算出する今回の納入通知書から、国の決定に基づき、この控除は行っていません。

（注2） 課税年金収入額とは、非課税年金（遺族、障害、老齢福祉年金）を除く公的年金等収入額をさします。

（注3） 年間の保険料は、資格取得月（65歳の誕生日の前日の属する月、あるいは転入日の属する月）から計算されますが、実際に保険料の納付が開始する月は、その翌月となる場合があります。

（注4） 第1段階から第4段階の方の年間保険料額は、政令に基づき本来額（第1・第2段階は35,990円、第3段階は46,030円、第4段階は53,390円）から、上記の額に軽減されています。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証			
有効期限 令和 ○年 ○月○○日 交付年月日 令和 ○年○○月○○日			
被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8	
被 保 険 者	住 所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地	
	氏 名	広域 太郎	男
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
発 効 期 日		令和 ○年〇〇月〇〇日	
適 用 区 分		区分 II	
長期入院 該当年月日		令和○年○月○日	保険者印 印
保 険 者 番 号 並 び の 名 称 び 印		3 9 1 4 〇 〇 〇 〇 神奈川県後期高齢者医療広域連合 印	

標準負担額減額認定証の記載があるものは世帯非課税の証明として使えます。

後期高齢者医療限度額適用認定証			
有効期限 令和 ○年 ○月○○日 交付年月日 令和 ○年○○月○○日			
被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8	
被 保 険 者	住 所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地	
	氏 名	広域 太郎	男
	生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
発 効 期 日		令和 ○年〇〇月〇〇日	
適 用 区 分		現役 I	
保 険 者 番 号 並 び の 名 称 び 印		3 9 1 4 〇 〇 〇 〇 神奈川県後期高齢者医療広域連合 印	

こちらの書類では世帯非課税の確認が出来ないため、自己負担金なしの確認書類としては使えません。

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び
特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく支援の本人確認証

本人確認証見本（表）

本人確認証		No. _____
写 真	氏 名	[Redacted]
	生 年 月 日	
縦：30mm 横：24mm	性 別	[Redacted]
	住 所	
上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。		
発行日 令和 6年 4月 1日		
この確認証の有効期間は、		川崎市長 堀田 紀彦
令和 6年 4月 1日 から 令和11年 3月31日 までとする。		

本人確認証見本（裏）

(注意)

- (1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。
- (2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出てください。
- (3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。
 - ① 御本人が支援給付を受けなくなったとき。
 - ② 確認証の記載事項に変更があったとき。
 - ③ 確認証の有効期間が満了したとき。
 - ④ 確認証が使用不能となったとき。
 - ⑤ 確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。
- (4) 医療機関で受診する際は、この確認証を窓口に掲示してください。

(実施機関)

所在地	川崎市川崎区宮本町1番地
連絡先	川崎市健康福祉局 地域包括ケア推進室
電話番号	044-200-2628(直通)

中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び
特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく支援給付受給証明書

川崎市健康福祉局

号

支援給付受給証明書

住所

[REDACTED]

世帯主氏名

[REDACTED]

生年月日

[REDACTED]

続柄	氏名	生年月日
世帯主	[REDACTED]	[REDACTED]

支援給付の種類

☒生活支援給付

☐住宅支援給付

☐介護支援給付

☐医療支援給付

受給期間

平成20年 4月 1日 から 一 年 一 月 一 日 まで

使用目的

新型コロナウイルス感染症予防接種のため

あて先

種

上記の世帯は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国
した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等によ
る支援給付を受給していることを証明する。

令和 6年 7月18日

川崎市長 福田

[REDACTED]

(別紙様式1)

報告先:(独)医薬品医療機器総合機構

電子報告:https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html

FAX番号(各種ワクチン共通):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		☐ 定期接種・臨時接種		☐ 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、同時接種したものに記載)		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				

(別紙様式1)

	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 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風 Hib感染症 (Hib感染症においては、5種混合ワクチンを使用する場合に限る。)	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレー症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a～w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻疹 風疹	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 —	
	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 (Hib単独ワクチンを使用する場合に限る。) 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス 感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・バレー症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 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・バレー症候群 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・バレー症候群 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 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレー症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 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. 報告基準中の発症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。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性を認めた場合、報告してください。
 - ・ヒトパピローマウイルス感染症の任意接種にあつては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生した場合、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、速やかに報告してください。
 - ・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上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(TTS(血栓塞栓症を含み、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(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上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. 電子報告が困難な場合は、FAXにて、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。
FAX番号: 0120-176-146(各種ワクチン共通)

(別紙様式2)

予防接種後副反応疑い報告書

※厚生労働省/PMDA記載欄

印刷後、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)にFAXで送信してください。
FAX番号(0120-176-146)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別	
-------------------------	--

患 者 (被接種者)	フリガナ			性別	接種時年齢	年齢(0歳児)
	氏名又は イニシャル	(定期、臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)				
	住 所			生年 月日		

報告者	氏 名				
	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 ②～⑩は同時接種 したものを記載		接種 種別	ワクチン の種類	ロット 番号	製造販売業者名	接種回数	接種日
	①						
	②						
	③						
	④						
	⑤						
	⑥						
	⑦						
	⑧						
	⑨						
⑩							

接種の状況	出生 体重	グラム	接種前 の体温	度 分	家族歴	
	患者が乳幼児の場合に記載					
	予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)					

医療機関名

年齢 (歳) 性別 印刷日時: 20xx/xx/xx xx:xx

症状の概要	症状	定期接種・臨時接種の場合で報告基準に該当する場合に○がついています。ご確認ください。					
	発生日時			発生までの日数		本剤との因果関係	
	他要因(他の疾患等)の可能性の有無						
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				

症状の程度	程度		入院の場合	病院名	
		1.死亡		医師名	
		2.障害			
		3.死亡につながるおそれ		入院日	
		4.障害につながるおそれ			
		5.入院		退院日	
		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			

症状の転帰	転帰日		後遺症(症状)	
		1.回復		
		2.軽快		
		3.未回復		
		4.後遺症		
		5.死亡		
		6.不明		

報告者意見	
-------	--

報告回数	
------	--

医療機関名

年齢 (歳) 性別 印刷日時: 20xx/xx/xx xx:xx

急性散在性脳脊髄炎(ADEM) 調査票

1. 組織病理診断	☐ 実施	☐ びまん性または多発性の脱髄部位がみられる
		☐ その他()
	☐ 未実施	
	☐ 不明	
2. 臨床症状	① 該当項目を全て選択	
	☐ 炎症性脱髄が原因と推定される	
	☐ 初めての事象である(先行するワクチン接種の有無を問わない)	
	☐ これまでに、下記にあげるような中枢神経系の脱髄疾患の既往がある	
	☐ ADEM ☐ 横断性脊髄炎 ☐ 視神経炎 ☐ 視神経脊髄炎	
	☐ 多発性硬化症	
	☐ clinically isolated syndrome(多発性硬化症における臨床的に初発の段階)	
	☐ その他()	
	☐ 臨床的に多巣性の中枢神経系の障害(事象)である	
	☐ 発熱により説明できない脳症(意識の変容や行動変化)	
☐ 不明		
2. 臨床症状	② 中枢神経系に帰することのできる限局性または多発性所見について、該当項目を全て選択	
	以下のいずれかの症状が初めて発現した日(平成・令和 年 月 日)	
	☐ 脳症(例:意識レベルの低下または変容、嗜眠、または人格変化が24時間以上続く)	
	☐ 限局性皮質徴候(失語症、失読症、失書症、皮膚盲などを含むが、これらに限らない)	
	☐ 脳神経の単一または複数の異常	
	☐ 視野の単一または複数の欠損(小児であれば、他覚的な眼科的検査の代用も可能である)	
	☐ 原始反射(バビンスキー徴候、眉間反射、口とがらし反射または吸引反射)の存在	
	☐ 運動麻痺(広汎性または限局性、限局性である場合が多い)	
	☐ 感覚異常(感覚レベルはある場合も、ない場合もある)	
	☐ 深部腱反射の変化(反射減弱または亢進、反射の非対称性)	
☐ 小脳の機能障害(運動失調症、測定障害、小脳性眼振など)		
☐ その他()		
☐ 不明		
3. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	☐ 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		該当項目を全て選択
		☐ びまん性または多発性の白質病変が、T2強調画像・拡散強調画像(DWI)、もしくはFLAIR画像(T1強調画像によるガドリニウム増強はあってもなくてもよい)において認められる
		☐ 以下のような所見がある。(認められる所見を全て選択)
		☐ 大脳白質優位の、びまん性、境界不鮮明で、大きな(>1-2cm)病変を認める
		☐ 白質のT1低信号病変を認めない
		☐ 深部灰白質病変(例:視床または基底核)を認める
☐ 実施	☐ 以下の多発性硬化症のMRI基準の二つとも、もしくはいずれかを満たさない	
	<MRIによる空間的多発の証明> 4つの中枢神経領域(脳室周囲、皮質直下、テント下、脊髄)のうち少なくとも2つの領域にT2病変が1個以上ある(造影病変である必要はない。脳幹あるいは脊髄症候を呈する患者では、それらの症候の責任病巣は除外する。)	
	<MRIによる時間的多発の証明> 無症候性のガドリニウム造影病変と無症候性の非造影病変が同時に存在する(いつの時点でもよい。)。あるいは基準となる時点のMRIに比べてその後(いつの時点でもよい。)に新たに出現した症候性または無症候性のT2病変及び/あるいはガドリニウム造影病変がある。	
	☐ その他()	
☐ 未実施		
☐ 不明		

4. 疾患の経過	発症から最終観察までの期間 か月		
	疾患は単相パターンである(該当項目を全て選択)		
	☐ 症状のナディア(臨床症状が最悪である時期)から最低3か月以内の再発がない ☐ 発症後の3か月以内には臨床症状や画像上の変動はあってもよいが、3か月以降は症状の再発はない		
	疾患の単相パターンを示すには観察期間が不十分である(該当項目を全て選択)		
	☐ 症状のナディアから最低3か月以内の再発がないことを記録するには追跡期間が不十分である ☐ 発症後の観察期間が3か月以内である ☐ 不明		
5. 鑑別診断	該当項目を全て選択		
	☐ 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する ☐ 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した ☐ MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない		
	☐ 不明		
6. 髄液検査	☐ 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)	
		細胞数()/ μ L 糖()mg/dL 蛋白()mg/dL	
		オリゴクローナルバンド	
		☐ あり ☐ なし	
		IgGインデックスの上昇	
	☐ あり ☐ なし		
	☐ その他()		
	☐ 未実施		
	☐ 不明		
7. 自己抗体の検査	☐ 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)	
		抗AQP4抗体	
		☐ 陽性 ☐ 陰性	
		抗MOG抗体	
	☐ 陽性 ☐ 陰性		
	☐ その他()		
		☐ 未実施	
	☐ 不明		

ギラン・バレ症候群 (GBS) 調査票

1. 臨床症状	① 以下の臨床症状について該当項目を全て選択	
	☐ 両側性かつ弛緩性の上肢や下肢の筋力低下(発現日 平成・令和 年 月 日) ☐ 筋力低下を来した上肢や下肢における深部腱反射の低下または消失 ☐ 不明	
	② 報告時点までの、症状の極期におけるHughesの機能尺度分類（当てはまるものを一つ選択） ☐ 0:正常 ☐ 1:軽微な神経症候を認める ☐ 2:歩行器、またはそれに相当する支持なしで5mの歩行が可能 ☐ 3:歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能 ☐ 4:ベッド上あるいは車椅子に限定（支持があっても5mの歩行が不可能） ☐ 5:補助換気を要する ☐ 6:死亡 ☐ 不明	
2. 疾患の経過	☐ 単相の疾患パターンを有し、筋力低下の発現から最悪の状態までの間隔が12時間から28日間であって、その後に臨床的安定期を迎えた（報告時点までの内容を元を選択） ☐ その他() ☐ 不明	
3. 電気生理学的検査	☐ 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) ☐ GBSと一致する（該当項目を全て選択） ☐ 運動神経伝導速度の低下 ☐ 遠位潜時の延長 ☐ 異常な時間的分散 ☐ 伝導ブロック ☐ M波振幅の低下 ☐ F波出現頻度の低下 ☐ F波潜時の延長 ☐ その他、GBSに合致する所見 ☐ GBSとは一致しない ☐ 未実施 ☐ 不明	
4. 髄液検査	☐ 実施 検査日(平成・令和 年 月 日) 細胞数 () / μ L 糖 () mg/dL 蛋白 () mg/dL ☐ 蛋白細胞解離あり 検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇 および、50細胞/μ Lを下回るCSF総白血球数 ☐ 蛋白細胞解離なし ☐ 未実施 ☐ 不明	
5. 鑑別診断	別表に記載されている疾患等の他の疾患に該当しない(別表参照) ☐ はい ☐ いいえ 該当疾患名() ☐ 不明	
6. 画像検査 (磁気共鳴画像診断(MRI)撮像)	☐ 実施 ☐ 未実施 ☐ 不明	検査日(平成・令和 年 月 日) 該当項目を全て選択 ☐ 脊髄灰白質病変 ☐ 馬尾の造影病変 ☐ その他 部位() 所見()

7. 自己抗体の検査	☐ 実施	検査日(平成・令和 年 月 日)
		抗GM1抗体 ☐ 陽性 ☐ 陰性
		抗GQ1b抗体 ☐ 陽性 ☐ 陰性
		☐ その他()
	☐ 未実施	
	☐ 不明	
8. 先行感染の有無	☐ あり	発症日(平成・令和 年 月 日) 下記症状のうち、いずれか早い日を記載
		☐ 発熱
		☐ 上気道炎
		☐ 下痢
	☐ その他()	
	☐ なし	
	☐ 不明	

(別 表)

疾患の部位	疾患名
頭蓋内	がん性髄膜炎 脳幹脳炎
脊髄	梗塞、脊髄炎、圧迫
脊髄の前角細胞	脊髄灰白質炎(ポリオウイルス、ウエストナイルウイルス、その他のウイルス)
脊髄神経根	慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー 馬尾圧迫
末梢神経	高マグネシウム血症や低リン血症などの代謝障害 ダニ麻痺症 ヒ素、金、タリウムなどの重金属毒性 薬物誘発性ニューロパチー(ビンクリスチン、プラチナ化合物、ニトロフラントイン、パクリタキセルなど) ポルフィリン症 重篤疾患ニューロパチー(Critical Illness Neuropathy) 血管炎 ジフテリア
神経筋接合部	重症筋無力症 有機リン中毒 ボツリヌス中毒
筋肉	重症疾患ミオパチー(Critical Illness Myopathy) 多発性筋炎 皮膚筋炎 低/高カリウム血症

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

「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。)」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

1. 臨床症状/所見	※新型コロナワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を西暦で記載。		
	☐ 意識障害 (年 月 日)	☐ 視覚異常(霧視、複視など) (年 月 日)	☐ 頭痛 (年 月 日)
	☐ 精神症状 (年 月 日)	☐ 失語症・構音障害 (年 月 日)	☐ 痙攣 (年 月 日)
	☐ 半側空間無視 (年 月 日)	☐ 運動失調性歩行 (年 月 日)	☐ 脳症 (年 月 日)
	☐ うっ血乳頭 (年 月 日)	☐ 眼球運動異常 (年 月 日)	
	☐ 顔面麻痺 (年 月 日)	☐ 局所運動麻痺 (年 月 日)	
	☐ 片麻痺 (年 月 日)	☐ 脳の機能の局在に一致した神経症状 (年 月 日)	
	☐ 胸痛 (年 月 日)	☐ 血圧低下 (年 月 日)	☐ 頻脈 (年 月 日)
	☐ チアノーゼ (年 月 日)	☐ 突然死 (年 月 日)	☐ 不整脈 (年 月 日)
	☐ 息切れ (年 月 日)	☐ 頻呼吸 (年 月 日)	☐ 咯血 (年 月 日)
☐ 咳嗽 (年 月 日)			
☐ 腹痛 (年 月 日)	☐ 悪心・嘔吐 (年 月 日)	☐ 下痢 (年 月 日)	
☐ 腹部膨満 (年 月 日)	☐ 血便 (年 月 日)	☐ 腹水 (年 月 日)	
☐ 肝腫大 (年 月 日)			
☐ 下肢の腫脹 (年 月 日)	☐ 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹 (年 月 日)		
☐ 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫 (年 月 日)	☐ 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向 (年 月 日)		
☐ その他 () (年 月 日)			
※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) 西暦 年 月 日			
2. 検査所見	初回検査日 (西暦 年 月 日)		経過中の最低値 ^{*1} または最高値 ^{*2}
	<血算>		
	スミアでの凝集所見	☐ あり ☐ なし ☐ 未実施	
	白血球数	(/ μ L)	
	赤血球数	($\times 10^4$ / μ L)	
	血色素	(g/dL)	
	ヘマトクリット	(%)	
	血小板数	($\times 10^4$ / μ L)	($\times 10^4$ / μ L) ^{*1}
	平時の血小板数*	($\times 10^4$ / μ L)	
	*把握が可能な場合のみ記載。		
<凝固系検査>			
PT	(秒)		
PT-INR	()	() ^{*2}	
APTT	(秒)		
フィブリノゲン	(mg/dL)	(mg/dL) ^{*1}	
D-ダイマー	(μ g/mL)	(μ g/mL) ^{*2}	
FDP	(μ g/mL)		
抗血小板第4因子抗体 (抗PF4抗体)	検査日 (西暦 年 月 日) ☐ 陽性 () ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 検査中 検査方法 (法) 例; ELISA法		
抗HIT抗体 (抗PF4-ヘパリン複合体抗体)	検査日 (西暦 年 月 日) ☐ 陽性 (U/mL) ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 検査中 検査方法 (法) 例; ラテックス凝集法、CLIA法		
SARS-CoV-2検査	検査日 (西暦 年 月 日) ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 検査中 検査方法 ☐ 核酸増幅法 (PCR / LAMP) ☐ 抗原定性検査 ☐ 抗原定量検査 ☐ その他 ()		
その他の特記すべき検査	☐ あり ☐ なし 検査日 (西暦 年 月 日) ()		

3.画像検査	超音波検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 撮影部位 ☐ 頰部 ☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 下肢 ☐ その他（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	CT検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 頰部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 下肢 ☐ その他（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	MRI検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 頰部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 下肢 ☐ その他（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	血管造影検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 撮影部位（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	肺換気血流シンチグラフィ ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	胸部X線検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 血栓・塞栓症の所見 ☐ 示唆する所見あり ☐ なし ※肺門部肺動脈拡張、末梢肺血管陰影の消失、無気肺、心拡大等の所見があれば記載。 []
4. 外科的処置/ 病理学的検査	その他の特記すべき検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	外科的処置 ☐ 実施 処置日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 処置名；（ ）例；血栓摘出術 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。 []
	病理学的検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。 []

心筋炎調査票

※ 本調査票は「心筋炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心膜炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心膜炎」調査票にご記入ください。

「心筋炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 検査の種類 ☐ 剖検 ☐ 心内膜心筋生検 心筋組織の炎症所見 ☐ あり ☐ なし ※所見がある場合は詳細を記載。 									
	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 下記の臨床症状/所見の有無 ☐ あり ☐ なし ☐ 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) ☐ 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) ☐ 動悸 (年 月 日) ☐ 発汗 (年 月 日) ☐ 突然死 (年 月 日) ☐ めまい / 失神 (年 月 日) ☐ 倦怠感 (年 月 日) ☐ 浮腫 (年 月 日) ☐ 腹痛 (年 月 日) ☐ 咳嗽 (年 月 日) ☐ その他 (年 月 日) 									
2. 臨床症状/所見	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 ☐ 易刺激性 (年 月 日) ☐ 嘔吐 (年 月 日) ☐ 哺乳不良/食欲低下 (年 月 日) ☐ 多呼吸 (年 月 日) ☐ 活気不良 (年 月 日)									
	※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) (年 月 日)									
3. 検査所見	血液検査									
	トロポニンT	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			ng/mL)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
	トロポニンI	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			ng/mL)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
	CK	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			U/L)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
	CK-MB	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			U/L)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
	CRP	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			mg/dL)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
	高感度CRP	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			mg/dL)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
	ESR(1時間値)	検査日	(	年	月	日)				
		☐ 上昇あり	(			mm)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中	
D-ダイマー	検査日	(	年	月	日)					
	☐ 上昇あり	(			μg/mL)	☐ 上昇なし	☐ 未実施	☐ 検査中		
その他の特記すべき検査	☐ あり					☐ なし				
	検査日	(	年	月	日)					
	(								)	

4. 画像検査	心臓MRI検査 ☐ 実施 検査日（ 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ （心筋の浮腫）T2強調像における浮腫所見。典型的には斑状の浮腫。 ☐ （心筋の損傷）T1強調像におけるガドリニウム遅延造影像。ただし、心筋の信号強度が骨格筋よりも高く、典型的には少なくとも1カ所の非虚血領域において遅延造影像を認める。 ☐ その他
	直近の冠動脈検査 ☐ 実施 ☐ 未実施 ☐ 不明 検査方法 ☐ 血管造影検査 検査日（ 年 月 日） ☐ 冠動脈CT検査 検査日（ 年 月 日） ☐ 冠動脈MRI検査 検査日（ 年 月 日） ☐ その他（ ） 検査日（ 年 月 日） 冠動脈狭窄 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。
	心臓超音波検査 ☐ 実施 検査日（ 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 左室駆出率 （ ）% ※新規に出現した下記の所見があれば、チェックを入れてください。 ☐ 右室又は左室の、局所又はびまん性の機能異常（例：駆出率低下） ☐ 心室壁厚の変化 ☐ 局所の壁運動異常 ☐ 心嚢液貯留 ☐ 心室全体の収縮能又は拡張能の、低下又は異常 ☐ 心腔内血栓 ☐ 心室の拡大 ※新規に出現した所見であるか不明の場合についてはその他に記載してください。 ☐ その他
	その他の画像検査 ☐ 実施 検査日（ 年 月 日） ☐ 未実施 検査方法 （ ） 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載してください。（心臓超音波検査を複数回実施した場合は下記に所見を記載。）
5. 心電図検査	心電図検査 ☐ 実施 検査日（ 年 月 日） ☐ 未実施 ☐ 不明 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。 ☐ 発作性又は持続性の、心房性又は心室性不整脈 （心房期外収縮、心室期外収縮、上室性頻脈、心室性頻脈、心室内伝導遅延、異常Q波、低電位） ☐ 房室伝導遅延又は心室内伝導障害（Ⅰ～Ⅲ度房室ブロック、新規に出現した脚ブロック） ☐ 持続モニターで検出された頻回に出現する心房性期外収縮又は心室性期外収縮 ☐ ST上昇又は陰性T波 ☐ 心房期外収縮、又は心室期外収縮 ☐ R波減高、低電位、異常Q波 ☐ その他の異常所見
6. 鑑別診断	該当項目を選択 ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定されている ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定できない ☐ 不明

心膜炎調査票

※ 本調査票は「心膜炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心筋炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心筋炎」調査票にご記入ください。

「心膜炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	☐ 実施 検査の種類 心膜組織の炎症所見 ※所見がある場合は詳細を記載。 	☐ 未実施 ☐ 心膜生検 ☐ なし	☐ 不明	
	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 心嚢液貯留を疑う身体診察所見 ☐ あり ☐ なし ☐ 心膜摩擦音 (年 月 日) ☐ 奇脈 (年 月 日) ☐ 心音減弱(乳幼児/小児) (年 月 日) ☐ その他 (年 月 日)			
2. 臨床症状/所見	下記の臨床症状/所見の有無 ☐ あり ☐ なし ☐ 急性の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) ☐ 発汗 (年 月 日) ☐ 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) ☐ 咳嗽 (年 月 日) ☐ 動悸 (年 月 日) ☐ 肩痛 / 上背部痛 (年 月 日) ☐ 突然死 (年 月 日) ☐ チアノーゼ (年 月 日) ☐ 脱力感 (年 月 日) ☐ 倦怠感 (年 月 日) ☐ 嘔気 / 嘔吐 / 下痢 (年 月 日) ☐ 間欠的な発熱 (年 月 日) ☐ 精神状態の変化 (年 月 日) ☐ 浮腫 (年 月 日) ☐ その他 (年 月 日)			
	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 ☐ 易刺激性 (年 月 日) ☐ 多呼吸 (年 月 日) ☐ 哺乳不良/食欲低下 (年 月 日) ☐ 活気不良 (年 月 日)			
※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) (年 月 日)				
3. 検査所見	血液検査			
	トロポニンT	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (ng/mL)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	トロポニンI	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (ng/mL)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	CK	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (U/L)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	CK-MB	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (U/L)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	CRP	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (mg/dL)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	高感度CRP	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (mg/dL)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	ESR(1時間値)	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (mm)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	D-ダイマー	検査日 (年 月 日)	☐ 上昇あり (μg/mL)	☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中
	その他の特記すべき検査	☐ あり ☐ なし		
		検査日 (年 月 日)		
		(年 月 日)		

4. 画像検査	心臓超音波検査 ☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 異常な心嚢液貯留 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 心膜の炎症所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	心臓MRI検査 ☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 異常な心嚢液貯留 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 心膜の炎症所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	胸部CT検査 ☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 異常な心嚢液貯留 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 心膜の炎症所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	直近の冠動脈検査 ☐ 実施 ☐ 未実施 ☐ 不明 検査方法 ☐ 血管造影検査 検査日 (年 月 日) ☐ 冠動脈CT検査 検査日 (年 月 日) ☐ 冠動脈MRI検査 検査日 (年 月 日) ☐ その他 () 検査日 (年 月 日) 冠動脈狭窄 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。
	胸部X線検査 ☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 心拡大の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	その他の画像検査 ☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 検査方法 () 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載(心臓超音波検査を複数回実施した場合はここに2回目の所見を記載)。
5. 心電図検査	心電図検査 ☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。 ☐ 広範な誘導における上に凹型のST上昇 ☐ aVR誘導におけるST低下 ☐ ST変化の対側性変化(ST低下)を認めない誘導全般におけるPR低下 ☐ 上記以外の非特異的な異常所見 ※詳細な部位と所見を記載。
6. 鑑別診断	該当項目を選択 ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定されている(例: 心筋梗塞、肺塞栓症、縦隔炎) ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定できない ☐ 不明

(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考えられ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、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	<u>疾病概要：</u> 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。 <u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u> ☐ 皮膚又は粘膜症状 ☐ 循環器症状 ☐ 呼吸器症状 等 <u>参考資料</u> 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	4 時間
化膿性リンパ節炎（BCG）	<u>疾病概要：</u> 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。 <u>代表的な臨床所見：</u>	4 か月

	☐ 全身症状（例；発熱、倦怠感） ☐ 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> ☐ 菌の証明 ☐ 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> ☐ 全身症状（例；例発熱、倦怠感、黄疸） ☐ 腹部・消化器症状（例；嘔気・嘔吐、肝腫大） ☐ 皮膚層状（例；皮疹、掻痒感） 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 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> ☐ 全身症状（例；発熱） ☐ 呼吸症状（例；咳嗽、呼吸困難） 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 血液検査：白血球数の増加、低酸素血症 ☐ 培養検査（血液、喀痰） ☐ 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（A DEM）	<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> ☐ 中枢神経症状（例；意識障害、痙攣、小脳失調） ☐ 脊髄症状（例；対麻痺、病的反射） ☐ 末梢神経症状（例；脳神経症状） 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 病理検査；中枢神経系の脱髄巣、細胞浸潤 ☐ 血液検査；白血球増多、赤沈亢進 ☐ 髄液検査；リンパ球優位の細胞数増多 ☐ 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
急性汎発性 発疹性膿疱 症	<u>疾病概要：</u> 高熱とともに急速に全身性に小膿疱を有する浮腫性紅斑やびまん性紅斑が多発する疾患である。通常粘膜疹は伴わない。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 全身症状（例；高熱、急速に全身に多発する紅斑 等） ☐ 局所症状（例；紅斑上に多発する小膿疱 等） <u>代表的な検査所見：</u>	28日

	☐ 血液検査：好中球優位の白血球増多と炎症反応（CRP）の上昇等 ☐ 病理検査：角層下膿疱、表皮内膿疱 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル 急性汎発性発疹性膿疱症 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1a13.pdf	
ギラン・バレー症候群	<u>疾病概要：</u> 感染等に続発して免疫異常を生じることにより起こる末梢神経系の炎症性脱髄性疾患である。 <u>代表的な臨床所見（通常は单相性の臨床像）：</u> ☐ 両側性の筋力低下 ☐ 腱反射の減弱 ☐ 感覚障害 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 髄液検査：蛋白細胞解離 ☐ 電気生理検査：末梢神経伝導速度の遅延 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：ギラン・バレー症候群 https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c17.pdf	28日
けいれん	<u>疾病概要：</u> 全身又は一部の筋肉に生じる発作性の不随意運動である。その内容は多様であり、発生機序については不明な点が多い。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 意識消失 ☐ 痙攣（全身性、緊張性、間代性、強直間代性、弛緩性） 等 <u>代表的な検査：</u> ☐ 検温 ☐ 画像検査 ☐ 血液検査 ☐ 脳波 等 <u>参考資料</u> 重篤副作用疾患別対応マニュアル：痙攣・てんかん https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1c25.pdf	7日 （麻しん、風しんは、21日）
血管炎	<u>疾病概要：</u> 非特異性の炎症性変化で、繊維性肥厚や瘢痕化のために血管の閉塞や拡張性変化を生じ、多彩な病態を呈する疾患である。 <u>代表的な臨床所見（複数臓器の症状を伴う）：</u> ☐ 全身症状（例；発熱、体重減少、全身倦怠感） ☐ 大・中型血管の臓器症状 （例；血圧異常、咬筋跛行、視力障害、急性腹症） ☐ 小型血管の臓器症状 （例；皮疹、多発性単神経炎、糸球体腎炎） 等 <u>代表的な検査：</u> ☐ 病理検査 ☐ 血管造影 ☐ 血液検査 等	28日
血管迷走神経反射 （失神を伴うものに限る。）	<u>疾病概要：</u> 自律神経のバランスが崩れ、血圧の低下、徐脈が生じる病態であり、脳血流が低下して失神に至ることがある。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 失神 ☐ 悪心 ☐ 発汗 ☐ 血圧の低下 等	30分

血小板減少性紫斑病	<u>疾病概要：</u> 発生機序を問わず、血小板が減少したために皮膚及び粘膜に紫斑を呈した状態の総称である。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 紫斑 ☐ その他の出血傾向（例；鼻出血、口腔内出血） 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 血液検査：血小板の減少 等	28日
脊髄炎	<u>疾病概要：</u> 脊髄の炎症性疾患の総称。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 疼痛 ☐ 感覚異常 ☐ 筋力低下 ☐ 排尿困難 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 髄液検査 ☐ 画像検査 等	28日
視神経炎	<u>疾病概要：</u> 視神経に起こる炎症により、視機能障害を引き起こす疾患。しばしば多発性硬化症の初発症状となる。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 視力低下 ☐ 中心暗点 ☐ 眼球運動痛 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 視力検査 ☐ 眼底検査 ☐ 視野検査 ☐ 画像検査 等	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。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 全身症状（例；発熱、頭痛、悪心・嘔吐 等） ☐ 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> ☐ 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。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 全身症状（例；発熱、咳嗽） ☐ リンパ節腫脹 ☐ 病変部の臓器症状（肺、骨、皮膚等） 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 菌の証明（喀痰、胃液、胸水、髄液） ☐ 血液検査：炎症所見 ☐ 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> ☐ 呼吸症状 （例；呼吸困難、喘鳴、起座呼吸、チアノーゼ） 等	24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> ☐ 視力障害 ☐ 複視 ☐ 四肢の麻痺 ☐ 膀胱直腸障害 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 発達・知能指数 ☐ 脳波検査 ☐ 画像検査 ☐ 誘発電位 ☐ 髄液検査 等	28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> ☐ 全身症状（例；間欠的な不機嫌、啼泣等） ☐ 腹部・消化器症状（例；腹痛、嘔吐、血便等） 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 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	21日
ネフローゼ症候群	<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。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 浮腫 等 <u>代表的な検査所見：</u> ☐ 病理検査 ☐ 尿検査；蛋白尿 ☐ 血液検査；低アルブミン血症 等 <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	28日
脳炎・脳症	<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。 <u>代表的な臨床所見：</u> ☐ 遷延する意識障害 ☐ 脳圧亢進症状 ☐ 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 <u>代表的な検査：</u> ☐ 病理検査 ☐ 画像検査 ☐ 血液検査 ☐ 脳波検査 ☐ 髄液検査 等 <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	28日

B C G 骨 炎 (骨髓炎、骨膜炎)	<u>疾病概要:</u> BCG による骨炎、骨髓炎、骨膜炎である。 <u>代表的な臨床所見:</u> ☐ 局所症状 (例; 病変部の腫脹、疼痛、腫瘍等) 等 <u>代表的な検査所見:</u> ☐ 菌の証明 ☐ 画像: 骨の透亮像、膿瘍形成 等	2 年
皮膚結核様 病変	<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。 <u>代表的な臨床所見:</u> ☐ 皮疹 (全身性、限局性) <u>代表的な検査所見:</u> ☐ 菌の証明 ☐ 病理検査: 類上皮肉芽腫、Langhans 巨細胞 等	3 か月
皮膚粘膜眼 症候群	<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。 <u>代表的な臨床所見:</u> ☐ 全身症状 (例; 発熱) ☐ 皮膚症状 (例; 多形滲出性紅斑、口唇のびらん) ☐ 眼症状 (例; 結膜充血、眼脂) 等 <u>代表的な検査:</u> ☐ 病理検査 ☐ 血液検査 等 <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	2 8 日
注射部位壊 死又は注射 部位潰瘍	<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。 <u>代表的な臨床所見:</u> ☐ 局所症状 (例; 病変部の壊死、潰瘍等) 等 <u>代表的な検査:</u> ☐ 血液検査 等	2 8 日
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。)	<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。 <u>代表的な臨床所見:</u> ☐ 局所症状 (例; 病変部の腫脹、疼痛、発赤等) 等 <u>代表的な検査所見:</u> ☐ 菌の証明 ☐ 血液検査 ☐ 画像: 炎症所見 等	7 日
末梢神経障 害	<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に起こる障害。 <u>代表的な臨床所見:</u> ☐ 運動障害 (例; 筋萎縮、筋力低下、弛緩性麻痺等)	2 8 日

〈参考〉

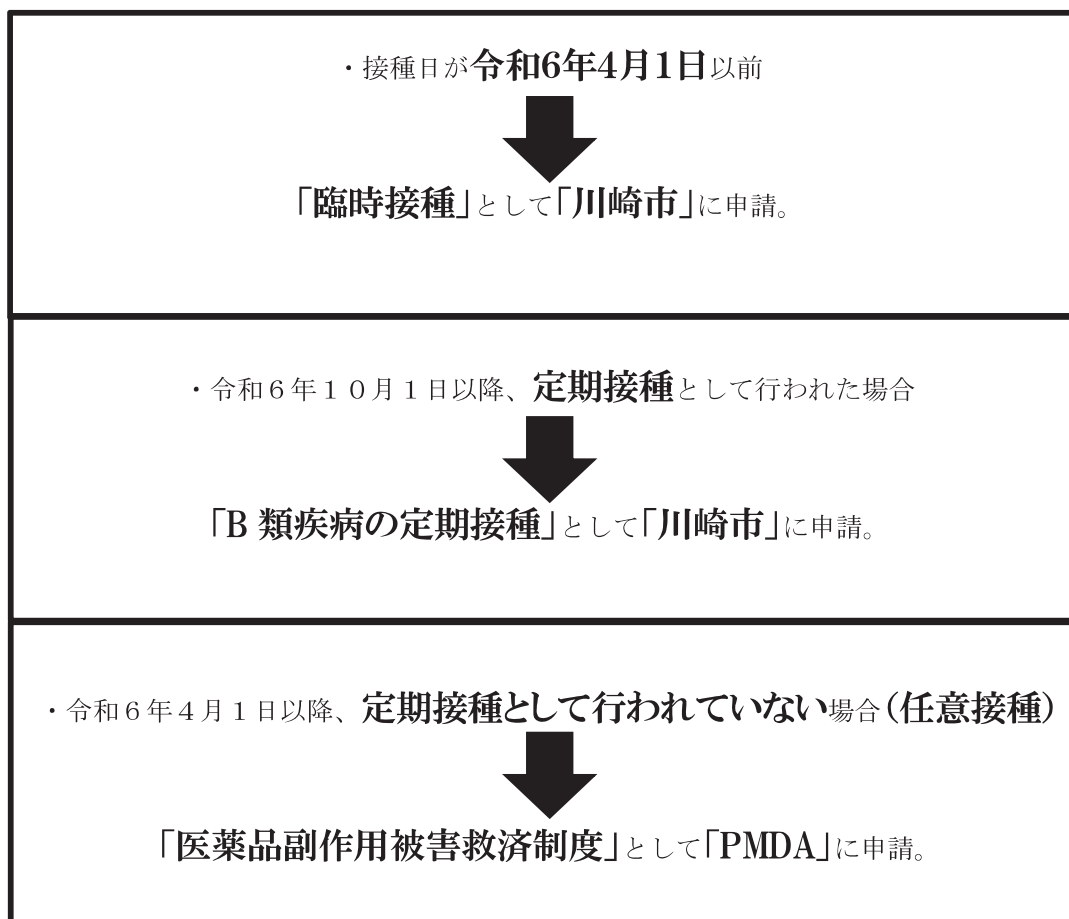
～健康被害救済制度(被接種者のための制度)～

予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避免的に生じます。健康被害救済制度とは、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものです。

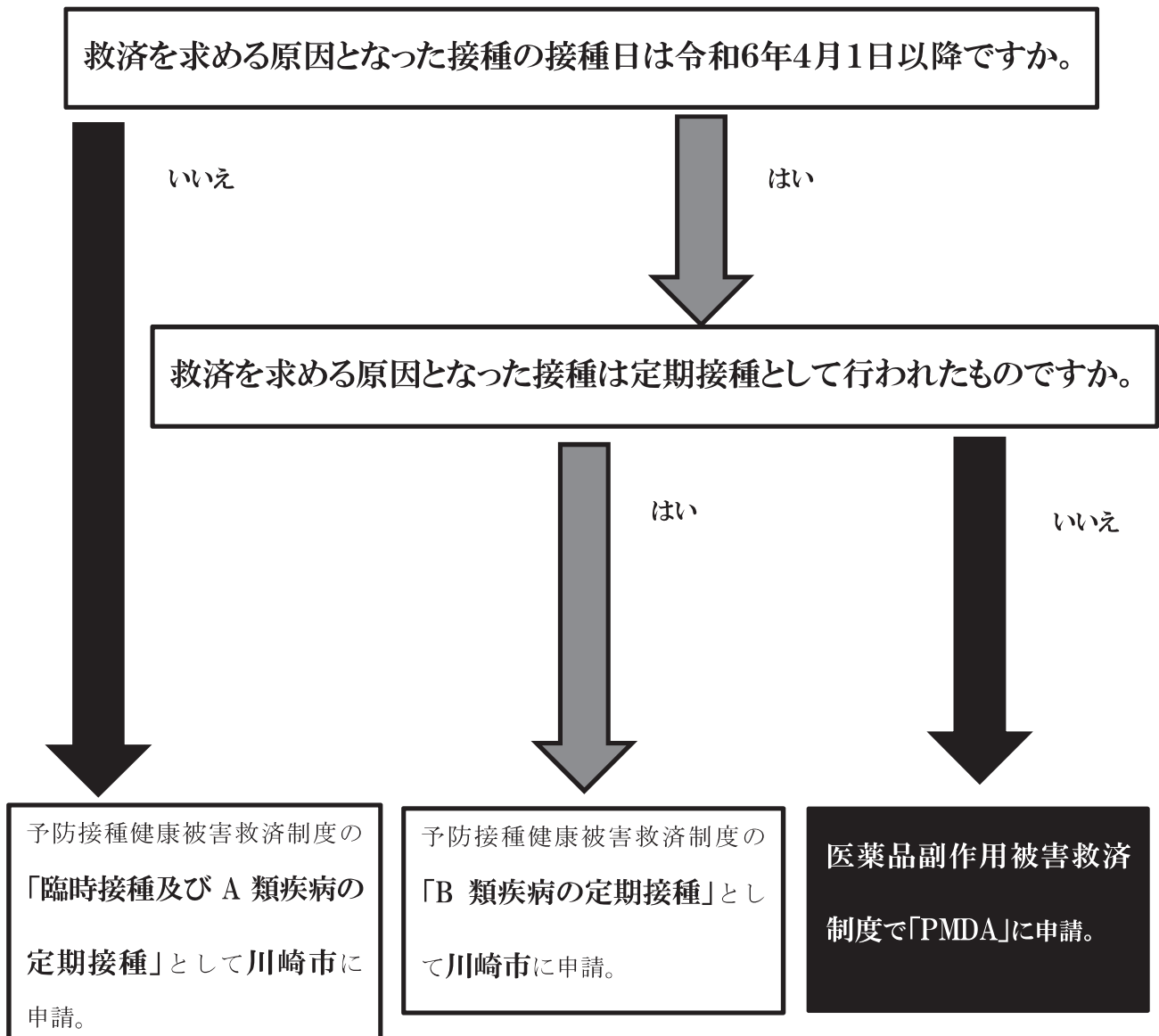
新型コロナウイルス感染症予防接種はその副反応の強さ等から他の定期接種と比べて多くの救済申請が提出されております。

新型コロナウイルス感染症予防接種の救済制度については、**特例臨時接種によるものと、定期接種によるものが混在することが想定される**ため、申請先につきましてはご注意ください。

〈救済制度の申請先について〉



～救済制度フローチャート～



〈問い合わせ先〉

川崎市予防接種コールセンター	044-200-0144
PMDA 医薬品副作用被害救済制度相談窓口	0120-149-931