

# 定期予防接種委託業務 実施手引き

令和6年4月

みなと保健所保健予防課

# 定期予防接種委託業務について

## 1. 業務の概要

予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第5条又は第6条に基づく定期予防接種（以下「予防接種」という。）を実施します。業務内容については下記のとおりです。

- (1) 予防接種の説明（効果・リスク等）
- (2) 予診
- (3) ワクチンの接種
- (4) 接種後の保健指導
- (5) 接種したワクチンのメーカー名、ロットナンバー及び接種年月日等の記録
- (6) 予防接種記録票の交付または母子手帳への記載
- (7) ワクチンの管理
- (8) 実施した予防接種数等の報告
- (9) 重篤な副反応の発生に係る情報の報告
- (10) その他ワクチンの接種のために必要な業務

また、予防接種を実施するに当たっては、予防接種法等関係法令を遵守するとともに、「定期接種実施要領」及び「予防接種ガイドライン」により、当該業務を行うものとします。

## 2. 実施方法

港区医師会と業務委託契約を締結、各医療機関へ協力要請し、協力に応じた医療機関で実施します。実施医療機関名簿を作成し、接種希望者への個別通知及びホームページ等にて公表します。

## 3. 対象者

予防接種法施行令第3条に定める対象者

ただし、原則、接種日時時点で港区に住民登録がある者（以下「港区民」という。）が、適切な予防接種予診票等を持参した場合についてのみ、港区が予防接種費用を負担するものとします。

また、特別区予防接種相互委託協定に基づき、法に定める対象者である他区民が接種を希望した場合にも対象者とします。

本事業の予防接種にかかる費用については、無料です（高齢者肺炎球菌等を除く）。

## 4. 実施期間

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

## 5. 実施する予防接種の種類・医療機関への支払い額（業務委託料）

別紙「定期予防接種単価表」参照

## 6. 事業の流れ

区の子診票送付	<ul style="list-style-type: none"> <li>区は、別紙「予防接種の時期と方法」に記載のスケジュールに従い、区民対象者へ子診票等を送付します。</li> </ul>
予防接種の予約	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者は医療機関名簿より接種を希望する医療機関へ予約等を行う。</li> <li>医療機関は、該当する子診票の交付を保健所から受けているか確認する。確認後予約受付する。(転入者や紛失等で、区の子診票を持っていない場合には、事前にみなと保健所へ連絡し、子診票の発行を依頼するようご案内ください。)</li> </ul>
予防接種の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>受付(氏名、生年月日、住所、母子健康手帳(親子手帳)等の確認)</li> <li>子診票の記載確認(問診項目、接種歴等)</li> <li>医師等からの問診、ワクチンの効果と副反応について、その他の説明等</li> <li>ワクチンの接種</li> <li>子診票医師記入欄の記載・署名</li> <li>予防接種済証の交付(母子健康手帳(親子手帳)への記録)</li> <li>予防接種後の経過観察</li> </ul>
事業実施報告・請求	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎月8日頃までに前月に実施した予防接種の子診票及び「定期予防接種委託料報告書(3枚複写)」を取りまとめ、港区医師会を経由し、みなと保健所へ報告する。</li> </ul>
業務委託料の支払い	<ul style="list-style-type: none"> <li>区は、港区医師会から報告提出のあった子診票を点検し、業務委託料を実施数に基づき各医療機関へ支払う。</li> </ul>

## 7. 特にご配慮いただきたい内容について

### (1) 予防接種前の子診票の確認事項

① 対象者の住所(住民登録地と子診票の記載が同一か)、年齢および接種間隔は適切か。

※対象年齢前、接種間隔の不足等の接種及び子診票の有効期限経過後の接種等については、委託料のお支払いができません。(23区共通)

② 保護者記入欄(自署欄)に保護者の署名があるか。(保護者の同意がなければ接種できません。)

なお、13歳から16歳未満の方については、子診票下の「保護者記入欄」に、保護者署名が記入してある場合に限り、保護者が接種当日に同伴していなくても接種を行うことができます。16歳以上の方については、本人の同意のみで接種を行うことができます。その際、保護者署名及び保護者同意は不要ですが、自署欄に本人の署名があるかご確認ください。(主にHPVワクチン・日本脳炎2期特例対象の方)

③ 医師記入欄(医師署名又は記名押印)、使用ワクチン名、LotNo.シールの貼付(B型肝炎についてはワクチンの製剤名と接種量、DPT-IPV-Hib、ロタ・小児肺炎球菌・HPVについては製剤名、日本脳炎については接種量の確認)、接種部位、実施場所・接種医師名、接種(予診)年月日欄を全て記入しているか。

④ ワクチンの有効期限にご注意ください。有効期限切れワクチンの接種については委託料のお支払いができません。

⑤対象者の体温が37.5℃以上の時は、原則接種を見合わせます。(医師の判断で実施する場合には、必ず医師記入欄へ理由を記載してください。例：全身状態良好のため)

⑥体調不良等により接種を見合わせる場合は(見合わせたほうがよい)の個所を○で囲んでください。

※予防接種予診票の記録は予防接種台帳への記録に必要なほか、医療機関から区への委託料請求の際に証拠書類となるため、接種前・提出前によく確認をし、記入漏れがないようにお願いします。

## (2) その他注意事項

①接種する際は、必ず住民登録地と同一の『予防接種予診票』を持参していることを確認のうえ接種するようにお願いします。持参していない場合は、保護者に保健所へ連絡し、接種前に予防接種予診票を取り寄せた後、接種するようにご案内ください。

②定期予防接種の実施は、接種するワクチンと回数に合った予診票を接種当日に使用することが前提です。「保護者が予診票を忘れてきた。」「異なる回数の予診票を誤って持ってきてしまった。」などの問題については、接種前に必ず、みなと保健所にご相談ください。

③23区外に住所のある方の予防接種は、住所地の予診票があっても区は委託料の請求に応じかねますのでご注意ください。

④港区に住所のある方で、里帰り等により港区外で接種を希望される場合は、以下のとおりです。

●23区内の実施医療機関では、港区の発行する予診票をそのまま使用することができます。

●23区外の医療機関で接種する場合は、事前の手続きで予防接種費用を助成する制度があります。保護者に保健所へ連絡するようにご案内ください。

⑤ワクチンの種別・対象者・回数・接種間隔等につきましては、「定期接種実施要領」及び「予防接種ガイドライン」をご確認の上、接種をお願いいたします。予防接種法及び予防接種法施行令等関係法規に基づかない接種につきましては、医師の判断と保護者の同意に基づき定期予防接種の枠外(任意接種)において実施するものと見なされます。

⑥港区のホームページに予防接種実施医療機関向けの専用ページを作成しました。予防接種関連の資料を掲載していますので、必ずご確認ください。 ※単価表を除く

### 【予防接種実施医療機関向け専用ページ】

港区役所トップページ>健康・福祉 > 健康・医療 > 予防接種> 予防接種実施医療機関専用ページ > 港区内予防接種実施医療機関専用入口はこちら

## 問い合わせ・参考

本事業に関して不明な点がございましたら、お問い合わせください。

港区みなと保健所 保健予防課保健予防係

住所 〒108-8315 港区三田一丁目4番10号

電話 03-6400-0081

FAX 03-3455-4460

Email [hoken02@city.minato.tokyo.jp](mailto:hoken02@city.minato.tokyo.jp)

予防接種情報 | 厚生労働省



# 見 本

港区内に搬出した場合、この予診票は使用できません。

受ける人の名前

生年月日 (満 歳 か月) 性別

今回の接種に「○」をつけてください また過去の接種年月日をご記入ください	第1期初回1回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期初回2回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期初回3回目接種 (西暦) 年 月 日	
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

下の太枠内の質問項目に必要な事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください 診察前の体温 度 分

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られているお知らせを読みましたか。	いいえ はい	
2 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい いいえ	
4 最近1か月以内に病気がかりましたか。 病名 ( )	はい いいえ	
5 1か月以内に家族や遊び仲間(麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気)の方がいましたか。 病名 ( )	はい いいえ	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ( ) 接種日 ( ) / ( )	はい いいえ	
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気がかり、医師の診察を受けていますか。 病名 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい いいえ はい いいえ	
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃 そのときに熱が出ましたか。	はい いいえ はい いいえ	
10 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい いいえ	
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名 ( )	はい いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

**医師記入欄**  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせたほうがよい ) と判断します。  
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。  
医師署名又は記名押印

<b>保護者記入欄</b> 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) ※カッコの中のどちらかを○で記入してください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。	<b>使用ワクチン名</b> <input type="checkbox"/> ゴビーバック <input type="checkbox"/> クイントバック Lot No. (※)有効期限が切れていないかを確認 接種量 0.5ml 接種方法 皮下・筋肉内 接種部位 左 上 腕 右 大 腿	<b>実施場所・接種医師名</b> 実施機関名・住所・電話番号 接種医師名 接種(予診)年月日 (西暦) 年 月 日
保護者自署又は は同伴者署名		

小児用肺炎球菌ワクチン接種予診票（請求用）

港区

見本

港区外に転出した場合、この予診票は使用できません。

受ける人の名前

生年月日 (満 歳 か月) 性別

今日の接種に「○」をつけてください また過去の接種年月日をご記入ください	1 回目接種 [プレベナー13バクテリオン]	2 回目接種 [プレベナー13バクテリオン]	3 回目接種 [プレベナー13バクテリオン]	追加接種
1 回目接種時の月齢 (年齢) 歳 か月	接種 年 月 日	接種 年 月 日	接種 年 月 日	

下の太枠内の質問項目に必要な事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られているお知らせを読みましたか。	はい	いいえ	
2 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( ) g	はい	いいえ	
分娩時に異常がありましたか。	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名 ( )	はい	いいえ	
5 1か月以内に家族や遊び仲間にも麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ( )	はい	いいえ	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ( ) 接種日 / ( )	はい	いいえ	
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名 ( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8 現在、ステロイド剤（内服）や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
9 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。( ) 説明	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに

（同意します・同意しません）  
※かっこの中のものから○で記入してください。

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

保護者自署又は同伴者署名

使用ワクチン名 <input type="checkbox"/> プレベナー13バクテリオン <input type="checkbox"/> 13バクテリオン Lot No.	実施機関名・住所・電話番号
(注)有効期限が切れていないかご確認ください 接種量 0.5ml 接種方法 皮下・筋肉内 接種部位	接種医師名
左 上腕 右 大腿	接種（予診）年月日 西暦 年 月 日

高齢者用肺炎球菌予防接種予診票 (請求用)

港区

見本

有効開始日 令和 6年 4月17日から  
有効期限 令和 7年 4月17日まで有効

※印刷に転出した場合、この予診票は使用できません。

受ける人の名前

生年月日

(満 歳)

性別

注：診察時の体温は医師検閲でしかります。※印は医師の記入欄です。

下の支枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

診察時の体温

度

分

質問事項	はい	いいえ	※医師記入欄
1 肺炎球菌ワクチン (23価) の接種を受けたことがありますか。 * 「はい」と答えた方は、定期接種の対象外です。この予診票は使用できません。	はい	いいえ	※使用不可
2 今日受ける肺炎球菌予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。	はい	いいえ	
3 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。	はい	いいえ	
5 最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。 病名 ( )	はい	いいえ	
6 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( ) 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といわれましたか。	はい	いいえ	
7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名 ( ) 治療 (ステロイド剤やその他の投薬など) を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
9 ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10 薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名 ( ) 接種日 / ( )	はい	いいえ	
12 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄 ※

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせたほうがよい ) と判断します。  
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

肺炎球菌予防接種希望書 (必ず医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望します。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予防接種記録票兼予診票が区に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日

被接種者署名

(接種年月日と同日を記入してください)

代筆者氏名

捺印

(自署できない方は代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との関係を記載)

使用ワクチン	接種量	実施場所 ・ 接種医師名 ・ 接種年月日
Lot No. ニューモバックス	0.5 ml	実施機関名・住所・電話番号 接種医師名 接種年月日 (西暦) 年 月 日
	接種方法	
	皮下 ・ 筋肉内	
	接種部位	
(注) 有効期限が切れていないか要確認	左・右	

接種日がこの範囲内であることを必ず確認してください。

「はい」の場合はこの予診票を使えません。自費扱いになります。