

港区带状疱疹ワクチン 定期・任意接種一部助成事業 実施の手引き

令和 8 年 4 月

みなと保健所保健予防課

1. 港区の带状疱疹ワクチン制度の改正について

令和5年 1月 1日

港区带状疱疹ワクチン任意接種費用助成事業実施要綱に基づき任意接種費用一部助成を開始

令和6年12月18日

厚生科学審議会において带状疱疹ワクチンが予防接種法に基づく定期予防接種（B類）とする方針が示される

令和7年 3月21日

港区議会令和7年第1回定例会において、予防接種法に基づく带状疱疹ワクチン接種の全額公費負担での実施及び任意接種一部助成について対象を拡大しての事業継続の予算が議決される

令和7年 4月 1日

制度開始 定期接種と任意接種一部助成の2事業実施

（1）予防接種法に基づく带状疱疹ワクチン（定期接種B類）

対 象

①②③のいずれかに該当する方

①③の接種期間は対象年齢になる年度内（4月1日から翌年3月31日まで）

①65歳

②接種日時点で60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令で定める港区民^{*1}

③65歳を超える方については、高齢者肺炎球菌ワクチンと同様、5年間の経過措置として、5歳年齢ごと（70、75、80、85、90、95、100歳）を位置付ける。

^{*1} 障害等級1級を有する者

港区民の接種費用

組換えワクチン（シングリックス）2回 無料

生ワクチン（ビケン） 無料

（2）港区带状疱疹ワクチン任意接種費用助成事業（一部助成）

対 象

① 18歳以上50歳未満の疾病または治療により免疫不全である方、免疫機能が低下した、または低下する可能性がある港区民

② 50歳以上（定期接種対象者を除く）で任意による接種を希望する港区民

港区民の接種費用

組換えワクチン（シングリックス） 7,000円/1回（生活保護等免除）2回まで

生ワクチン（ビケン） 2,000円 （生活保護等免除）

法に基づく定期予防接種では、過去に带状疱疹ワクチンの接種歴がある方は接種の対象になりません。このため、先に任意接種費用助成制度を使って接種した場合、無料で定期接種の機会を逸する場合があります。任意接種の実施にあたっては安易に区民に勧めることなく被接種者の希望と接種の必要性を聴取してご案内ください。

2.【定期】带状疱疹ワクチン予防接種(法に基づく)の実施について

(1) 第65回予防接種基本方針部会(令和6年12月18日)の検討結果

○带状疱疹に対する予防接種は、疾病の性質、ワクチンの有効性・安全性、議論等を踏まえ、公衆衛生上の意義は認められることから、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。)として実施することとする。

○個人の発病またはその重症化を防止することを目的とし、带状疱疹を予防接種法上の B 類疾病に位置づけることとする。

上記結果を受け、令和7年4月1日から带状疱疹ワクチンは予防接種法に基づく定期接種となります。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、当該業務の実施をお願いいたします。

(2) 予防接種法に基づく定期接種の対象者

対 象

①②③のいずれかに該当する方

①③の接種期間は対象年齢になる年度内(4月1日から翌年3月31日まで)

①65 歳

②接種日時点で 60 歳以上 65 歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令で定める者*1

③65 歳を超える方については、高齢者肺炎球菌ワクチンと同様、5年間の経過措置として、5歳年齢ごと(70、75、80、85、90、95、100 歳)を位置付ける。

*1 ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害(障害等級1級)を有する者

ただし、原則、接種日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。

港区民が既に自費・公費問わず、带状疱疹ワクチンの接種が完了している方は、定期予防接種の対象外となります。他区民の接種完了者の接種可否については、各自治体にお問い合わせください。

(3) 予防接種に係る費用について

法に基づく定期予防接種の対象者の予防接種費用については、**港区民は無料**です。

組換えワクチン(シングリックス)2回・生ワクチン(ビケン)とともに全額公費負担とします。

港区民は全額公費負担(無料)ですが、**他区民は自己負担額が発生する場合があります。**

持参された予診票上部に印字された自己負担額を徴収してください。

(4) 接種ワクチン・回数・接種期間

① 組換えワクチン(シングリックス)2回

1回 0.5mL を2か月以上 6か月に至った日の翌日までの間隔を置いて2回筋肉内に接種します。

ただし、疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1回 0.5mL を1か月以上の間隔を置いて2回筋肉内に接種することができます。

② 生ワクチン（ビケン）の接種は1回です。

予診票の有効期限は、①②ともに4月1日から翌年3月31日までです。

被接種者が①②のワクチンのどちらかを選んで接種します。予診票(黄色)は①②共通です。

(5) 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。

(6) 実施期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

(7) 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

(8) 事業の流れ

区の予診票送付	・ 対象年齢になる年度の4月に対象者へ区から予診票等を送付します。
予防接種の予約	・ 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います。 ・ 医療機関は、 <u>該当する予診票の交付を保健所から受けているか確認してください。確認後予約受付します。</u> （転入者や紛失等で、区の予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、予診票の発行を依頼するようご案内ください。）
予防接種の実施	・ 受付（氏名、生年月日、住所等の確認） ・ 予診票の記載確認（問診項目、接種歴等） ・ 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 ・ ワクチンの接種 ・ 予診票医師記入欄の記載・署名 ・ 予防接種済証の交付 ・ 予防接種後の経過観察
事業実施報告・請求	・ 毎月 <u>8日</u> 頃までに前月に実施した予防接種の予診票及び「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してください。
業務委託料の支払い	・ 区は、港区医師会から報告提出のあった予診票を点検し、業務委託料を実施数に基づき各医療機関へ支払います。

(9) 注意事項

(1) 予防接種前の予診票の確認事項

①対象者の住所(住民登録地と予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予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自署欄に署名があるか。

同意がなければ接種できません。自署欄に本人の署名があるかご確認ください。

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、接種部位、実施場所・接種医師名、接種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)

※予防接種予診票の記録は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。「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、やむを得ない事情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」をあらためてご確認の上、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、医師の判断と本人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。

(10) 問診・ワクチン接種の事前説明

予防接種を行うに際しては、被接種者が自らの意思で接種を希望していることを確認する必要があります。被接種者(予防接種を希望する方)が、その必要性を理解しているか、予防接種不適当者または、予防接種要注意者に該当していないか、当日の体調がよいかな等を判断するためには、予診票を活用し、十分な問診・説明を行ってください。生ワクチンの予防接種不適当者または、予防接種要注意者については、ワクチンの添付文書

を必ず確認してください。

予防接種予診票は、安全に当該予防接種が接種可能であるかと判定する重要な資料です。

(11) ワクチン接種

予防接種を実施するにあたっては、質問(問診)項目を確認し、診察・説明を行い、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、予防接種健康被害制度などを被接種者へ説明し、予防接種の実施の同意を得てください。

同意した旨の署名を受け、ワクチンにより接種方法が異なりますので、注意して接種を行ってください。

- ① 乾燥弱毒生水痘ワクチンを用いる場合：0.5mL を1回**皮下に注射**します。
- ② 乾燥組換え带状疱疹ワクチンを用いる場合：1回 0.5mL を**2か月以上6か月後の同日までの間隔を置いて2回筋肉内に接種**します。ただし、疾病又は治療により免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1回 0.5mL を1か月以上の間隔を置いて2回**筋肉内に接種**します。

定期接種の対象者が既に一部の接種を任意接種として行った場合は、残りの接種を定期接種として扱います。

带状疱疹ワクチンの交互接種については認められていません。

乾燥弱毒生水痘ワクチンとそれ以外の注射生ワクチンの接種間隔は 27 日の間隔を置いてください。

(12) 予診票への記入及び接種記録票の交付

予診票は、3 枚複写(請求用、医療機関控、本人控)となっています。ワクチン接種の可否等、「(13) 予防接種予診票の記入について」に沿って医師が記入・署名してください。

(13) 予防接種予診票の記入について

予診票記入の注意

令和8年度 带状疱疹予防接種予診票 (請求用)		港区	
無 料 令和8年4月1日から 令和9年3月31日まで有効 ※港区外に転出した場合、この予診票は使用できません。		無 料	
		令和8年4月1日から 令和9年3月31日まで有効	
		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) 性別	
今回の接種に「○」をつけてください 2回目接種の場合は1回目の接種年月日をご記入ください		1回目接種 ビケン(生)・シングリックス(組換え) (西暦) 年 月 日	
2回目接種 シングリックス(組換え)のみ		診察前の体温 (注)体温は医療機関ではかります。	
下の太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		度 分	
各質問項目を確認し、確認後、 チェック等してください。		回 答 欄	
※医師記入欄		※医師記入欄	
1 带状疱疹ワクチンの接種を受けた ※自費・公費を問わず带状疱疹ワクチン		はい いいえ	
2 今日受ける予防接種について、		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 1か月以内に熱が出たり、病気ににかかったりしましたか。 病名		はい いいえ	
6 1か月以内に家族や周囲に麻疹、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	
7 今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の 病気にかかり、医師の診察を受けたことはありますか。 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、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名		はい いいえ	
9 ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。(ビケン接種の方のみ)		はい いいえ	
10 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。		はい いいえ	
11 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	
12 今日受ける予防接種を受けることができませんか。		はい いいえ	
13 予防接種名		医師の記入欄は、予防接種する医師が、被 接種者等との問診等により、接種の可否を 判断したかを確認するための重要な項目 となっております。 接種医名の記入は、接種医「本人の自署」 又は、「記名押印」が必要です。	
14 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。		医師の記入欄※ 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。	
15 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。(ビケン接種の方のみ)		□ 急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDS □ 免疫抑制をきたす治療を受けていないことを確認しました。 副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤)：プレドニゾン等、免疫抑制剤：シクロスポリン(ネオール、 アザチオプリン(イムラン)等、その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等	
16 今日の日付接種について質問がありますか。		□ 2回目接種を接種間隔2か月未満で行う場合】疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下している者、または免疫機能が低下している可能性がある者等と考えられるため、1回目接種の1か月後から2回目接種を実施します。	
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。		□ 2回目接種を接種間隔2か月未満で行う場合】疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下している者、または免疫機能が低下している可能性がある者等と考えられるため、1回目接種の1か月後から2回目接種を実施します。	
带状疱疹予防接種希望書 (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、接種を希望しますか。 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。		接種を希望します	
(西暦) 年 月 日 (接種年月日と同日を記入してください。)		被接種者署名 代筆者氏名 (印)	
使用ワクチン		接種量 0.5ml	
□ ビケン(皮下のみ) □ シングリックス(筋肉内のみ) Lot No.		接種方法 皮下(ビケンのみ) 筋肉内(シングリックスのみ) 接種部位 左・右	
(注)有効期限が切れていないか要確認 ※(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。 シンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		実施機関 接種医師 接種年月日 (西暦) 年 月 日	
接種日時のご記入が ないようにご注意ください。		接種した「ワクチン名」「Lot No.(シール)」「接種量」「接種 した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日時」を記載漏れ のないようご注意ください。	

1.【任意】港区带状疱疹ワクチン任意接種費用一部助成(区独自)事業の実施について

(1) 事業実施の経緯

任意接種費用の一部助成については、法に基づいた定期接種の対象年齢より前に带状疱疹に罹患するリスクが高いと判断された港区民が、任意で早期の接種を希望した場合などを想定した一部費用助成の制度です。

自費・公費問わず過去に任意で带状疱疹ワクチン接種を完了している場合、定期接種の対象年齢（65歳・経過措置の年齢）に到達したとしても、港区では公費負担で接種を受けることができません。

带状疱疹ワクチンの効果は、生ワクチン（阪大微研）で接種後1年時点で6割、接種後5年で4割程度、組換えワクチン（GSK社）では、接種後1年時点で9割以上、接種後5年で9割程度、接種後10年で7割程度と報告されており予防効果は一生続くものではありませんが、一方で心身のストレスから免疫力が低下して70歳代での発症をピークに、50歳以上で带状疱疹を発症する人が増加している傾向があります。

令和5年5月29日開催の厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会において、組換えワクチンシングリックスの用法及び用量追加が報告され、令和5年6月26日に「带状疱疹の発症リスクが高いと考えられる18歳以上の免疫低下者」を対象者に追加する製造販売承認事項一部変更承認が認められたことも考慮し、区は令和8年度も独自の事業として任意接種費用一部助成の制度を継続することとしました。

(2) 対象者

- ①18歳以上50歳未満の疾病または治療により免疫不全である方、免疫機能が低下した、または低下する可能性がある港区民
- ②50歳以上（定期接種対象者を除く）で任意による接種を希望する港区民

(3) 助成額

組換えワクチン(シングリックス) 7,000円/1回(生活保護等免除) 2回まで
生ワクチン(ビケン) 2,000円 (生活保護等免除)

(4) 助成回数

- ① 組換えワクチン 2回まで
- ② 生ワクチン 1回

(5) 接種ワクチン

- ① 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 販売名:シングリックス
- ② 乾燥弱毒生水痘ワクチン 販売名:ビケン

接種ワクチンは予防接種法に基づく定期予防接種で使用するワクチンと同一ですが、接種に要する港区民の負担額および接種により健康被害が生じた場合の補償内容が異なります。

(6) 実施方法

- ① 原則港区医師会と業務委託契約を締結、実施協力の意向確認に応じた医療機関で実施します。区の

独自事業ですので他区の医療機関では助成制度は使えません。18 歳以上 50 歳未満の疾病または治療により免疫不全である方、免疫機能が低下した港区民で、やむを得ず区実施協力医療機関以外の主治医立ち合いのもとでの接種が必要な場合のみ、申込時に申告することで償還払が可能です。

- ② 実施協力に応じた医療機関の一覧を作成し、接種希望者及びホームページ等にて公表します。
- ③ ワクチンを指定して区に助成を申請した接種希望者が、自己負担額が記載された予診票を持参したら接種を実施し、予診票に記載された自己負担額を接種希望者にご請求ください。

予診票は発行した年度に限り有効です。有効期限にご注意ください。

旧年度の予診票をお持ちの方が接種を希望された場合は、接種を行わず、みなと保健所に予診票の再発行の依頼をするようご説明ください。

- ④ 翌月の指定日までに、「港区任意予防接種助成事業実施報告書」に請求用の予診票を添えて、医師会にご提出ください。

(7) 実施期間

令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日 予診票の有効期間は年度内となります。

(8) 医療機関への支払い額(業務委託料)

委託料は、任意接種単価表をご確認ください。

(9) 実施にあたって

- ① 「任意接種予診票」については、事前の申請によってみなと保健所が発行します。定期接種の対象者と違い、自身の判断で任意接種を希望する場合の一部費用の助成制度ですので、事前申請のうえ区が発行した予診票を持参された方のみが助成を受けられます。予診票については、お申し込み後 10 日前後を目途に被接種者へ送付しております。予診票が届いてから医療機関に予約を入れるようご案内をお願いします。
- ② 生ワクチン接種を希望される方には、区ホームページやお電話で既往症や注意事項等を説明した上で予診票を発行しております。しかし、自己判断で生ワクチンを希望される方もいるため、医療機関に問い合わせが入った際には、改めて生ワクチンが接種可能かをご確認ください。
- ③ 組換えワクチン（シングリックス）の接種間隔は 2 か月以上 6 か月後の同日までの間に 2 回目を接種します。（免疫不全であるもの、免疫機能が低下したもの又は免疫機能が低下する可能性があるもの等については、医師が早期の接種が必要と判断した場合、1 か月以上の間隔を置いて 2 回）。任意の接種で各薬剤の添付文書に沿った接種を行っていない場合、万が一健康被害が生じたとしても補償の対象にならないことから、区が実施する助成の対象にもなりません。
- ④ 前年度定期予防接種対象年齢だった区民であって、定期予防接種の対象期間内に組換え（不活化）ワクチンの 2 回目を接種できなかった方についても、この任意接種費用一部助成制度をお使いいただくことは差し支えありませんが、その場合であっても 1 回目の接種から 6 か月経過してしまった場合は、予診票が有効期限内であってもワクチン添付文書に則った接種でないため、助成の対象外となり委託料をお支払いすることができません。
- ⑤ 任意接種事業の申請を行わずに接種した方が費用を請求できる償還払い制度はありません。
- ⑥ 本事業は、港区独自の事業のため住民票が港区にある方（港区民）のみ助成が受けられます。他の自治体で港区同様の助成制度を実施しているかどうかの把握はしておりません。

- ⑦ 予診票の有効期限は当該年度4月から翌年3月末日までです。有効期限が記載されていない予診票や有効期限が切れた予診票の助成はできません。
- ⑧ 予診のみの請求はありません。
- ⑨ 任意接種の予診票は、2枚複写（請求用・医療機関控）になっています。本人の予診票控えはありませんので、ワクチンメーカー等が用意している予防接種記録票をご利用ください。

(10) 事業の流れ

助成の申請	- 接種を希望する港区民は、みなと保健所予防接種予診票コールセンター(03-6400-0094)へ電話で申し込むか、区ホームページから「港区带状疱疹ワクチン任意接種助成申請」を電子申請します。 - 申請者宛てに希望するワクチンの「予診票」「お知らせ」「港区带状疱疹ワクチン任意予防接種実施医療機関名簿」を送付します。 - 接種に当たっては、原則として医療機関を予約の上、「予診票」「マイナンバーカード、運転免許等の本人確認資料」を持参します。
予防接種の実施	(受付) - 問診予診票の記載、体温確認 - 問診・ワクチンについての説明・予防接種実施に際しての説明等 - ワクチンの接種 - 予診票医師記入欄の記載・自署 - 予防接種記録票(ワクチンメーカー等が用意しているもの)の交付 予診票に記載された自己負担額を徴収 組換えワクチン(シングリックス) 7,000 円/1 回(生活保護等無料) 生ワクチン(ビケン) 2,000 円 (生活保護等無料)
事業実施報告・請求	毎月 <u>8 日</u>までに前月実施した「予診票」を取りまとめ、港区医師会を経由し、みなと保健所へ報告します。
業務委託料の支払い	区は、港区医師会から報告提出のあった「予診票」を点検し、業務委託料を実施数にもとづき各医療機関へ支払います。

(11) 当日の受付

任意接種希望者には、来院する際の必要書類を次のとおりとしております。

- ・任意接種予診票(組換えワクチン(藍)・生ワクチン(朱色)のいずれか)
- ・マイナンバーカードや免許証等(港区民であることがわかる物)

本事業の助成対象であること、予約していた場合は予約ワクチンと同一であることを確認してください。

- ① 組換えワクチン(乾燥組換え带状疱疹ワクチン) 予診票 模様のある藍枠
- ② 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 予診票 模様のある朱枠

(12) 問診・ワクチン接種の事前説明

任意接種を行うに際しては、被接種者が自らの意思で接種を希望していることを確認する必要があります。被接種者(予防接種を希望する方)が、その必要性を理解しているか、予防接種不適当者または、予防接種要注意者に該当していないか、当日の体調がよいかな等を判断するためには、予診票を活用し、十分な問診・説明を行ってください。

任意接種予診票は、安全に当該予防接種が接種可能であるかと判定する重要な資料です。

接種ワクチンは予防接種法に基づく定期予防接種と同一ですが、接種に要する負担額および健康被害が生じた場合の補償内容が異なります。

(13) 健康被害制度の説明について

ワクチン接種に当たりましては、副反応の説明と健康被害への対応を説明し、接種を行ってください。

万一、本事業の予防接種により、健康被害(死亡又は障害)が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年12月20日法律第192号)及び港区予防接種事故災害補償要領(平成23年4月1日22港総総第1958号)の定めによる補償の対象となる場合があります。接種ワクチンは予防接種法に基づく定期予防接種と同一ですが、任意の接種は健康被害が生じた場合の補償制度が定期予防接種とは異なります。

(14) ワクチン接種

予防接種を実施するにあたっては、質問(問診)項目を確認し、診察・説明を行い、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法などを被接種者へ説明し、予防接種の実施の同意を得てください。任意で行う接種については保障の観点から各薬剤の添付文書に沿った接種のみ助成の対象となります。

同意した旨の署名を受け、ワクチンにより接種方法が異なりますので、注意して接種を行ってください。

- ① 組換えワクチン(乾燥組換え带状疱疹ワクチン) 筋肉注射 2回接種
- ② 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 皮下注射 1回接種

(15) 予診票への記入及び接種記録票の交付

予診票は、2枚複写(請求用、医療機関控)となっています。ワクチン接種の可否等、「(7) 予防接種予診票の記入について」に沿って医師が記入・署名するとともに、ワクチンメーカー等が用意している接種記録票に記入して予防接種希望者へ渡してください。

(16) 予防接種にかかる費用について

予診票右上に記載された自己負担金を接種希望者にご請求ください。

①組換えワクチン(乾燥組換え帯状疱疹ワクチン) 販売名:シングリックス の予診票記入の注意

港区带状疱疹ワクチン（乾燥組換えワクチン用）任意接種予診票

港区民のみ

請求用

自己負担額：7000円

2回目の場合は、1回目との間隔が2か月以上(※)6か月以内であることをご確認ください。
1回目の接種日から6ヶ月を経過している場合、助成の対象になりません。
全額自己負担での接種とさせていただきます。

受ける人の氏名

生年月日

(満)

歳)

性別

2回目接種の場合は1回目の接種日を必ず記載して下さい。

1回目接種からの接種間隔を超過していただき、接種間隔が6か月を超えている場合はこの予診票は使用できません。

※予診票の有効期限は年度内(3月31日まで)です。

(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。

質問事項		はい	いいえ
1	带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか。(今回が2回目の方は※自費、公費を問わず過去に带状疱疹ワクチンの接種を完了した方は対象外)		
2	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讀みましたか。		
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。		
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。		
5	具合の悪い症状を書いてください。		
6	1か月以内に熱が出たり、病気ににかかったりしましたか。		
7	1か月以内に家族や周囲に麻疹、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()		
8	今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気にかかり、医師の診察を受けたことはありますか。		
9	18歳以上50歳未満の方の場合、免疫不全等で治療を受けています。病名や症状を確認し、接種の適用の場合☑をお願いします。		
10	11		
12	1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名()		
13	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()		
14	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。		
15	(女性の方に)現在妊娠している可能性はありますか。		
16	今日、現在の接種を受けていますか。		

各質問項目を確認し、確認後、☒ チェック等してください。

※印は医師の記入欄です。

度 分

欄 ※医師記入欄

※対象外

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

① 生ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン) 販売名:ビケン の予診票記入の注意

港区带状疱疹ワクチン(乾燥弱毒生水痘ワクチン用)任意接種予診票

港区民のみ

請求用

自己負担額: 2,000円

港区外に転出した場合、この予診票は使用できません。

受ける人の氏名

生年月日

(満

歳)

性別

※予診票の有効期限は年度内(3月31日まで)です。

(注)体温は医療機関で測ります。※印は医師の記入欄です。

下の太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

診察前の体温

度

分

質問事項	回答欄	※医師記入欄
1 带状疱疹ワクチンの接種 ※自費・公費を問わず過去に	はい	はい
2 今日受ける予防接種につ	いいえ	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 1か月以内に熱が出たり、病気にかか	はい	いいえ
6 1か月以内に家族や周囲に麻疹、風	はい	いいえ
7 今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝	はい	いいえ
8 現在、何かの病気で医師にかかっ	はい	いいえ
9 ステロイド剤や免疫抑制	はい	いいえ
10 近親者に先天性免疫	はい	いいえ
11 ひきつけ(けいれん)	はい	いいえ
12 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
13 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名(	はい	いいえ
14 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。	はい	いいえ
15 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
16 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	はい	いいえ
17 (女性の方に)現在妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ
18 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ

太枠内は予防接種希望者が記入します。
記入漏れがないか、ご確認ください。

生ワクチンについては、不適応者の確認をお願いします。

医師の記入欄は、予防接種する医師が、被接種者等との問診等により、接種の可否を判断したかを確認するための重要な項目となっております。
接種医名の記入は、接種医「本人の自署」又は、「記名押印」が必要です。

予防接種希望者が同意署名する欄です。記入漏れのないよう確認願います。

医師記入欄※
□先天性及び後天性免疫不全状態ではないことを確認した。
例：急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与える他の疾患、HIV感染またはAIDSによる
□薬剤等の治療による、免疫抑制状態でないことを確認した。(生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書を確認
副作用ステロイド剤(注射剤、経口剤)：プレドニゾロン等、免疫抑制剤：シクロスポリン(ネオール、サ
ラフ)、アザチオプリン(イムラン)等、その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

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、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用
等について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

带状疱疹予防接種希望書(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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機
に基づく救済になる場合などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の
区に提出されることに同意します。
また、带状疱疹ワクチンを接種済みの場合、法に基づく定期予防接種対象年齢での公費負担を受けることができない場合があることを理解しました。
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。

(西暦) 年 月 日
(接種年月日と同日を記入して下さい。)

被接種者署名
代筆者氏名

(接種を希望します・接種を希望しません)

続柄

使用ワクチン

ビケン(皮下のみ)

接種量

0.5

接種方法

皮下

Lot No.

「Lot シール」「接種量」「接種した医療機関名」「接種医師名」「接種年月日時間」を記載漏れのないようご注意ください。

接種日時を記入漏れがないようご注意ください。

(西暦) 年 月 日

※(注)：ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎ウイルスの予防接種や重症の感染症の予防接種など接種される場合があります。
この接種を3～6か月以内に受ける方は、生ワクチンの予防接種の効果に影響がないことがあつた。

帯状疱疹ワクチン(シングリックス筋注用)接種予診票		溶区民のみ	請 求 用
受ける人の名前			
生年月日	(満 歳)	性別	
接種希望の方は、太ワク内をご記入ください		※2回目の方は前接種日もご記入ください	
質問事項	回答	医師記入欄	
お時間の経過	箇 分		
接種する予防接種について疑問があるため、理解しましたか	はい		
副作用のリスクが分かっていますか。また今日真金の痛みがありますか	はい 病名、具体的な症状 ()	はい	
接種した部位に痛みはありますか	はい 病名 ()	はい	
心臓、肺、腎臓、肝臓、血液の病気、発熱、アレルギー、妊娠の経験を受けていますか	はい 病名 ()	はい	
過去7日間の予防接種を受けたことと告知されましたか	はい ()	はい	
アレルギー反応が出たことがありますか	はい ()	はい	
食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名 ()	はい	
過去年に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいませんか	はい 予防接種名 ()	はい	
過去に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	はい	
過去6ヶ月以内に家族や密接に接触し、風しん、水痘、麻疹などの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名 ()	はい	
過去に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名 () 接種日 (月 日)	はい	
過去に接種を受けたことがありませんか	はい 予防接種名 ()	はい	
現在、妊娠している可能性がありますか	はい	はい	
過去に接種を受けていますか	はい	はい	
過去に予防接種について質問がありましたか	はい 具体的に ()	はい	
医師記入欄：以上の問診および診断の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。 本人（もしくは代理人）に対して予防接種の効果・副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて説明しました。	医師の署名又は捺印		
医師の診断・説明を受け、予防接種の効果、副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づき救済などについて理解した上で、 (はい ・ いいえ)		本人または代理人の署名	
使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
新華薬株式会社特許ワクチン シングリックス筋注用 (商品名) シングリックス 一回接種用注射液 グラクソスミスクライン株式会社	筋肉内注射 0.5mL 左、右	実施場所： 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分	
この予約票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報には予防接種に関する予約のみに使用します。			

4. 問合せ

本事業に関して不明な点がありましたら、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