

「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」 新旧対照表

改正後	現 行
<p data-bbox="221 363 1043 395">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</p> <p data-bbox="176 459 309 491">本文（略）</p> <p data-bbox="577 603 1117 783">(改正) 平成 26 年 10 月 1 日 一部改正 平成 26 年 11 月 25 日 一部改正 平成 28 年 10 月 1 日 一部改正 <u>平成 29 年 9 月 25 日 一部改正</u></p> <p data-bbox="165 847 320 879">(別記)（略）</p>	<p data-bbox="1173 363 1995 395">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</p> <p data-bbox="1173 459 1305 491">本文（略）</p> <p data-bbox="1574 603 2114 735">(改正) 平成 26 年 10 月 1 日 一部改正 平成 26 年 11 月 25 日 一部改正 平成 28 年 10 月 1 日 一部改正</p> <p data-bbox="1160 847 1314 879">(別記)（略）</p>

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシヤル <small>(定期的場合は氏名、任意の場合はイニシヤルを記載)</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	年 月 日
報告者	氏 名	1 接種者 2 主治医 3 その他()			
	医療機関名	電話番号			
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 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	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)					
1 有					
2 無					
症 状 の 概 要	症 状	定期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。 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 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	
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)		2 無		
○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 年 月 日入院 / 平成 年 月 日退院)			
	2 重くない	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	平成 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					

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシヤル <small>(定期的場合は氏名、任意の場合はイニシヤルを記載)</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	年 月 日
報告者	氏 名	1 接種者 2 主治医 3 その他()			
	医療機関名	電話番号			
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 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	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)					
1 有					
2 無					
症 状 の 概 要	症 状	定期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。 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 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	
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)		2 無		
○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 年 月 日入院 / 平成 年 月 日退院)			
	2 重くない	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	平成 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					

<注意事項> (略)

(別紙様式 1 記入要領)
(略)

別表

症 状	疾病概要・臨床所見・ 検査所見	症状発生 までの時間
(略)		
皮膚粘膜眼症候群	(略)	(略)
注射部位壊死又は注射 部位潰瘍	疾病概要： 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。 代表的な臨床所見： <input type="checkbox"/> 局所症状（例； 病変部の壊死、潰瘍等） 等 代表的な検査： <input type="checkbox"/> 血液検査 等	28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。）	(略)	(略)
(略)		

<注意事項> (略)

(別紙様式 1 記入要領)
(略)

別表

症 状	疾病概要・臨床所見・ 検査所見	症状発生 までの時間
(略)		
皮膚粘膜眼症候群	(略)	(略)
(新設)		
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。）	(略)	(略)
(略)		

(別紙様式 2) (略)

(別紙様式 3) (略)

(別紙様式 2) (略)

(別紙様式 2) (略)