

第 49 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 2 年度第 6 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

資料
17-3

2020(令和 2)年 9 月 25 日

予防接種後健康状況調査の調査内容の変更について

予防接種後健康状況調査（比較的頻度の高い健康状況の変化を対象とした調査）において、接種の状況及び副反応の発生状況を集計しているが、ワクチンの接種間隔の変更が令和 2 年 10 月 1 日から適用されることから、当該変更に関する項目について集計を行うこととした。調査項目の内容についての例として、小児用肺炎球菌ワクチン・ロタウイルスワクチンの場合を次項以降に示す。

都道府県
指定都市で
切手を貼っ
てください。



= 小児用肺炎球菌ワクチン接種後の健康状況調査にご協力ください =

- *接種回数 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目
- *ロット番号 ()
- *接種部位 左上腕 ・ 右上腕 ・ 左大腿 ・ 右大腿 ・ その他
- *接種日 令和 年 月 日
- *調査期間 令和 年 月 日まで

～★他の同時接種ワクチン～ ※4種類まで記入

- | ワクチン種別 / | 接種回数 / | 接種部位 |
|-------------|--------|------|
| * 1つ目 (/) | / | / |
| * 2つ目 (/) | / | / |
| * 3つ目 (/) | / | / |
| * 4つ目 (/) | / | / |

～前後に接種した他のワクチン(接種6日前から6日後までの日付を記入してください)

*令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

(*は、医師記入項目です。)

<保護者の方へ> (令和2年10月1日以降に実施の場合記載)

この期間に接種したワクチンの名前(4種混合、ヒブなど)と接種日を記入してください(複数記入可)。本日接種したワクチン(★)の記入は不要です。

接種日	ワクチンの名前
令和 年 月 日	
令和 年 月 日	
令和 年 月 日	
令和 年 月 日	

お子様の性別 (男 ・ 女) / 接種時の年齢 歳 ヶ月

令和2年度 予防接種後健康状況調査

【小児用肺炎球菌ワクチン】の予防接種を受けたら…

この調査は、健康小児に接種された小児用肺炎球菌ワクチンの接種後の健康状況について、全国的に調査を行い、接種後の健康状況の変化の実態を明らかにすることを目的とするものであり、厚生労働省健康局健康課が実施するものです。

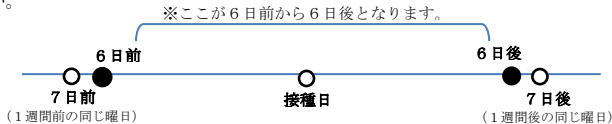
なお、調査期間は小児用肺炎球菌ワクチン接種28日後までとします。

この調査に当てはまる健康状況の変化がでた時はもちろんのこと、変化がない場合でも調査期間終了後必ずハガキを投函してください。

この調査で得られたデータは他の目的には使用いたしません。

←切り離して郵便ポストに投函してください。

医療機関の方へ
当該ワクチン接種日を0日として6日前、6日後の日付を記載してください。



例) 接種日が10月15日(木)の場合、接種6日前の10月9日(金)から接種6日後の10月21日(水)。

小児用肺炎球菌ワクチン健康状況調査票記入要領

1. 37.5℃以上の発熱があった時は【はい】に○をしてください。
2. 注射した部位に何らかの異常があった時は【はい】に○をしてください。
赤くはれた時は、その大体の大きさを直径で記入してください。
3. ひきつけがあった時は【はい】に○をしてください。
ひきつけのあった時間を”分”単位で記入してください。
1の発熱とは別にひきつけがあった時の最も高かった体温を記入してください。
4. 嘔吐があった時は【はい】に○をしてください。
5. 下痢があった時は【はい】に○をしてください。
6. せき、鼻水などの症状があった時は【はい】に○をしてください。
7. その他の症状に気付いた時は記入してください。
8. 上記の症状がでた時にお医者さんにかかった時は【はい】に○をしてください。

小児用肺炎球菌ワクチン接種後の健康状況調査票

次の質問にお答えください。

1. 発熱がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：()月()日
最も高かった体温は何度でしたか：()℃
2. 注射した部位には異常がありましたか【はい・いいえ】
強くでたのはいつからですか：()月()日
程度は 赤くはれましたか：(はい・いいえ)
赤くはれた大きさは：()cm
化膿しましたか：(はい・いいえ)
硬くなりましたか：(はい・いいえ)
3. ひきつけがおこりましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：()月()日
どの位の時間でしたか：()分
そのとき熱はありましたか：(はい・いいえ)
最も高かった体温は何度でしたか：()℃
4. 嘔吐がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：()月()日
5. 下痢がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：()月()日
6. せき・鼻みずなどの症状はありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：()月()日
7. その他身体の具合が悪くなったことがありましたら記入してください。
症状があったのは：()月()日～()月()日
症状：[]
8. 上記の症状で医師に受診しましたか【はい・いいえ】
そのとき入院しましたか (はい・いいえ)

アンケートにご協力ありがとうございました。

都道府県
指定都市で
切手を貼っ
てください。



＝ロタウイルスワクチン接種後の健康状況調査にご協力ください＝

- *接種期別 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
- *ワクチンメーカー ()
- *ロット番号 ()
- *接種部位 経口
- *接種日 令和 年 月 日
- *調査期間 令和 年 月 日まで

～★他の同時接種ワクチン～ ※4種類まで記入

ワクチン種別	/	接種回数	/	接種部位
* 1つ目 ()	/	/	/	()
* 2つ目 ()	/	/	/	()
* 3つ目 ()	/	/	/	()
* 4つ目 ()	/	/	/	()

～前後に接種した他のワクチン(接種6日前から27日後までの日付を記入してください)

*令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

(*は、医師記入項目です。)

<保護者の方へ>

この期間に接種したワクチンの名前 (B型肝炎、肺炎球菌など) と接種日を記入してください (複数記入可)。本日接種したワクチン (★) の記入は不要です。

接種日	ワクチンの名前
令和 年 月 日	
令和 年 月 日	
令和 年 月 日	
令和 年 月 日	

お子様の性別 (男・女) / 接種時の年齢 歳 ヶ月

令和2年度 予防接種後健康状況調査

【ロタウイルス感染症】の予防接種を受けたら…

この調査は、健康小児に接種されたロタウイルスワクチンの接種後の健康状況について、全国的に調査を行い、接種後の健康状況の変化の実態を明らかにすることを目的とするものであり、厚生労働省健康局健康課が実施するものです。

なお、調査期間は**ロタウイルスワクチン接種28日後まで**とします。

この調査に当てはまる健康状況の変化がでた時はもちろんのこと、変化がない場合でも調査期間終了後必ずハガキを投函してください。

この調査で得られたデータは他の目的には使用いたしません。

←切り離して郵便ポストに投函してください。

医療機関の方へ
当該ワクチン接種日を0日として、**6日前**、**27日後**の日付を記載してください。

※ここが6日前から27日後となります。



例) 接種日が10月15日(木)の場合、接種6日前の10月9日(金)から接種27日後の11月11日(水)。

【記入要領】

ロタウイルスワクチン健康状況調査票記入要領

1. 37.5℃以上の発熱があった時は【はい】に○をしてください。
2. 嘔吐があった時は【はい】に○をしてください。
3. 下痢があった時は【はい】に○をしてください。
4. ひきつけがあった時は【はい】に○をしてください。
ひきつけのあった時間を“分”単位で記入してください。
1の発熱とは別にひきつけがあった時の最も高かった体温を記入してください。
5. じんましんがでた時は【はい】に○をしてください。
6. じんましん以外で身体にぼつぼつができた時は【はい】に○をしてください。
7. 血便（便に血がまじる）があった時は【はい】に○をしてください。
8. その他の症状に気付いた時は記入してください。
9. 上記の症状がでた時にお医者さんにかかった時は【はい】に○をしてください。

【内 側】

ロタウイルスワクチン接種後の健康状況調査票

次の質問にお答えください。

1. 発熱がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
最も高かった体温は何度でしたか：（ ）℃
2. 嘔吐がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
3. 下痢がありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
4. ひきつけがおこりましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
どの位の時間でしたか：（ ）分
その時熱はありましたか：【はい・いいえ】
最も高かった体温は何度でしたか（ ）℃
5. じんましんができましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
6. じんましん以外の赤いぼつぼつができましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
7. 血便（便に血がまじる）はありましたか【はい・いいえ】
それはいつからですか：（ ）月（ ）日
8. その他身体の具合が悪くなったことがありましたら記入してください。
症状があったのは：（ ）月（ ）日～（ ）月（ ）日
症状：[]
9. 上記の症状で医師に受診しましたか【はい・いいえ】
そのとき入院しましたか【はい・いいえ】

アンケートにご協力ありがとうございました。