

医療機関のみなさま ワクチン接種後の健康状況調査 ご協力をお願い

本調査は国民が正しい理解の下に予防接種を受けることができるよう予防接種に関する正しい知識の啓発普及の一環として、予防接種後の健康状況に関する情報を広く国民に提供するとともに、予防接種後の副反応の発生要因等に関する調査・研究の一助となることを目的として、平成6年の予防接種法改正にともなって開始され、毎年度実施しています

本調査結果については国の審議会に報告されるとともに、予防接種リサーチセンター等を通して情報提供されています

①ワクチンを接種する際に以下のリーフレットをご用意ください

※表面のご案内は同じですが、裏面の「医療機関記入欄」の内容が対象年齢別に異なります

【対象年齢0～18歳】



【対象年齢60歳以上】



②裏面の「医療機関記入欄」に接種した日付、内容を記入してください

◆調査対象ワクチン

本日接種し、健康状況を回答していただくワクチンをチェックしてください

◆同時接種ワクチン

調査対象ワクチンと同時に接種したワクチンをすべてチェックしてください

調査対象ワクチン接種日：202 5 年 9 月 10 日

医療機関記入欄

ワクチン名	調査対象ワクチン	同時接種	接種回数 接種部位	回答期限 以下の期間内に実施してください
5種混合 (DPT-IPV-Hib) ワクチン	☒ KMB ☐ 阪大微研会	☐	☒ 1期初回1回目 ☐ 1期初回2回目 ☐ 1期初回3回目 ☐ 1期追加 ☐ 左上腕 ☐ 右上腕 ☐ 左大腿 ☐ 右大腿	登録：当日～3日後まで アンケート：接種日の
沈降DT トキソイド	☐	☐	— ☐ 左上腕 ☐ 右上腕 ☐ 左大腿 ☐ 右大腿	
MR ワクチン	☐ 第一三共 ☐ 武田薬品 ☐ 阪大微研会	☒	☐ 1期 ☒ 2期 ☐ 左上腕 ☒ 右上腕 ☐ 左大腿 ☐ 右大腿	
日本脳炎ワクチン	☐ KMB ☐ 阪大微研会	☒	☒ 1期初回1回目 ☐ 1期初回2回目 ☐ 1期追加 ☐ 2期 ☐ 左上腕 ☐ 右上腕 ☒ 左大腿 ☐ 右大腿	



※接種部位について

左の人体図を参照してください
肩や三角筋等に接種した場合は
上腕にチェックしてください
おしり等に接種した場合は大腿
にチェックしてください

◆接種部位・接種回数

調査対象ワクチン、全ての
同時接種ワクチンいずれも、
ワクチンの接種回数・接種
部位をすべてチェックして
ください

③リーフレットを、被接種者（またはその家族）にお渡しください

- ※ 被接種者から本調査について尋ねられた場合、『ワクチン接種後の健康状況に関する大切な調査で、ぜひともご協力ください。登録におよそ5分、回答におよそ10分かかりますが難しい質問はありません。』とお答えください
- ※ 接種後3日以内に登録のない方は調査対象外になります。当日中の登録を促してください
- ※ ご不明点については、下記のお問い合わせ先をご案内ください

<Q & A>

No.	質問	回答
1	調査対象のワクチンは1つだけか	調査対象のワクチンは1つだけチェックしてください
2	同時接種ワクチンは何をチェックすればよいか	調査対象のワクチンと同時に接種したワクチンをすべてチェックしてください
3	臀部等に接種した場合、接種部位はどこにチェックすればよいか	接種側の大腿を選択してください
4	肩等に接種した場合、接種部位はどこにチェックすればよいか	接種側の上腕を選択してください
5	(高齢者向け) 带状疱疹ワクチンの定期接種を行う前に、带状疱疹ワクチンの接種歴があった場合、接種回数はどうのように記載すればよいか	定期接種として何回目の带状疱疹ワクチンを接種するかについて、チェックしてください。例えば、阪大微研会の生ワクチンは1回接種のワクチンであるため、定期接種として带状疱疹の生ワクチンを接種する場合、1回目にチェックしてください

お問い合わせ

Door. 事務局

MRT株式会社 [東証グロース市場 証券コード：6034]

電話：03-6696-1110

メール：mhlw@medoor.com

※月～金（祝祭日除く）9：00～18：00