

## 令和8年度 風しんの第5期の定期接種 実施要領

本実施要領は、藤沢市民が市内指定医療機関において、風しんの第5期の定期接種（以下、「第5期」という。）を実施するためのものであり、藤沢市民以外の第5期対象者の接種実施にあたっては、厚生労働省から発出されている「医療機関・健診機関用 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性を対象に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第5条第1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種の実施に向けた医療機関・健診機関向け手引き」を参照すること。

**1 接種実施期間**

2026年（令和8年）4月1日～2027年（令和9年）3月31日

**2 対象者**

予防接種法施行令により、予防接種を行う対象者は、藤沢市に住民登録がある次の者とし、自らの意思で接種を希望する方で、次のすべてに該当する方です。

・1962年（昭和37年）4月2日～1979年（昭和54年）4月1日までの間に生まれた男性

・2025年（令和7年）3月31日までに抗体検査を実施し、かつ、平成26年4月以降に抗体検査で陰性であった記録があること。

※抗体価の基準については別紙1を参照すること。

※風しん（麻しん風しん混合MR・麻しん風しんおたふくかぜ混合MMR含む）の任意予防接種を受けたことがある方も、上記の条件に該当する場合は、対象者となります。ただし、風しんの第5期の定期接種を受けたことがある方は対象外ですので、ご注意ください。

※風しん第5期の抗体検査事業は令和6年度をもって終了しました。予防接種は、2025年（令和7年）3月31日までに抗体検査（公費・自費を問いません）を実施し、結果が陰性であった方のみ実施できます。

**3 クーポン券（別紙2）について****(1) クーポン券について**

令和元年度から令和6年度にかけて、1962年（昭和37年）4月2日～1979年（昭和54年）4月1日までの間に生まれた男性に対し、各自治体からクーポン券を送付しました。（令和7年度以降の発送はありません）

**(2) クーポン券の再発行**

健康づくり課（電話番号：0466-21-7351）で対象確認後、送付しますので、ご連絡ください。

※予診票の提出の際、クーポン券の貼付がない場合は原則として公費助成の対象になりません。接種時にクーポン券をお持ちでない場合は健康づくり課までお問合せください。

#### 4 委託単価

委託単価については、単価表（別紙3）のとおりです。なお、ワクチン代金を含みます。

#### 5 報告書の提出期日について

(1) 月末までに実施した分については翌月10日（当日が、土日祝日の場合は前開庁日）必着とし、次の書類を健康づくり課に提出してください。

①風しんの第5期の定期接種完了報告書（兼口座振込依頼書）（別紙4-1、記載例は4-2）

②クーポン券（国保連提出用）を貼付した予診票（藤沢市提出用）（別紙5）

ただし、各月の提出期日に間に合わなかった報告書等については、藤沢市医師会に提出してください。

※報告書に記載する医療機関名、氏名は指定医療機関名として事前に提出されているものと合致させてください。

※書き損じや誤りがあった場合は、新しい用紙に書き直すか二重線で消し、訂正してください。修正液等は使わないでください。

支払いは、提出期限の約1か月後になります。（年末年始等除く）

※通帳には、「フジサワシ」（カナ表記）と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

報告件数や請求額の確認用に、完了報告書の内容をお手元に控えてください。

(2) 提出先は次のとおりです。

提出先 〒251-0022 藤沢市鵜沼2131番地の1

藤沢市 健康づくり課（保健所・南保健センター）

提出受付時間 8:30～17:00（土日祝日を除く）

（郵送で提出する場合は、適切な方法（記録が確認できるなど）で発送してください。）

※ただし、各月の提出期日に間に合わなかった報告書等については、藤沢市医師会に提出してください。

(3) 全国統一の集合契約は令和6年度をもって終了となりました。藤沢市以外に住民登録がある方が接種を希望される場合は、住民登録のある自治体にお問合せください。

#### 6 予診票について

(1) 医療機関においては、予診票の保管をお願いします。不足した場合は、健康づくり課に早めに請求してください。

(2) 接種後、クーポン（ご本人控え）を貼付した「接種済証兼予診済証」（別紙6）を本人に渡してください。

また、予診のみの場合も同様としてください。（別紙7、8）

## 7 実施内容

- (1) 対象者の確認：クーポンと抗体検査実施日及び結果から、対象者であることを確認してください。
- (2) 説明：予防接種の効果、予防接種後の副反応並びに健康被害救済制度について、被接種者がその内容を理解できるよう、適切な説明を行ってください。
- (3) 接種意思の確認：被接種者の接種意思の確認を行ってください。ただし、本人の意思が確認できない場合は、家族または接種医師の了解をもって接種できるものとします。
- (4) 予診：医師が、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い、予防接種を受けることが適当でない者または予防接種を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを確認してください。
- (5) 予防接種不適合者：被接種者が次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行わない。
  - ① 接種当日、明らかな発熱を呈している方
  - ② 重篤な急性疾患にかかっている方
  - ③ ワクチンの成分に対して過去に明らかなアナフィラキシーを呈したことがある方
  - ④ ①～③に該当する方のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある方
- (6) 予防接種要注意者（接種の診断を行うに際し、注意を要する者）：健康状態及び体質を勘案し、次のいずれかに該当すると認められる場合には、注意し接種を行ってください。
  - ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな方
  - ② 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
  - ③ 過去にけいれんの既往のある方
  - ④ 過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
  - ⑤ ワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
- (7) 接種方法：上腕伸側への皮下注射とし、接種量は0.5mlとします。
- (8) 接種後の対応：接種後30分程度は被接種者の状態を観察できるようにしてください。また、副反応に対応するために必要な体制を整えてください。
- (9) その他、ワクチンの用法・用量等を遵守してください。

## 8 ワクチンの種類及び接種回数

ワクチンの種類及び接種回数はMR（麻しん風しん混合）ワクチン1回とします。ただし、医師の判断により、風しんワクチンを用いることができます。

## 9 ワクチンについて

ワクチンの供給は、直接、医薬品卸売業者等から調達してください。

## 10 他の予防接種との関係

他のワクチンとの接種間隔については国が定める「定期接種実施要領」のとおりとします。

## 11 健康被害

予防接種法に基づく予防接種健康被害救済制度が適用されます。

## 12 副反応の報告

- (1) 接種後に異常反応を疑う症状がみられた場合は、速やかに応急処置を行ってください。
- (2) 予防接種の接種後「予防接種後副反応疑い報告書報告基準」に記載されている症状を診断した場合は、速やかに電子報告システム（報告受付サイトURL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告してください。電子的な報告が困難な場合は、別紙に定める様式、若しくは国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告入力アプリにて作成した様式を使用し、FAXにて報告してください。  
(FAX番号：0120-176-146)
- (3) (2) の報告にあわせて、藤沢市健康づくり課にも同様にFAXにて報告してください。  
(健康づくり課 FAX番号：0466-28-2280)

## 13 予防接種時の間違い接種及び事故の報告

- (1) 受託医は、実施した予防接種において、万が一、間違い接種や事故が発生した場合は、健康づくり課に速やかに電話で報告し、併せて「予防接種事故報告書」を提出すること。なお、委託料の支払いにかかわらず、被接種者が定期予防接種を受けることを目的に来院し、実施したものについては報告の対象とします。
- (2) 受託医は、発生した間違い接種や事故について、被接種者及び保護者等に対し、十分な説明を行うこと。
- (3) 健康づくり課において間違い接種等を把握した場合、受託医に状況の確認をすることがあるので、協力すること。
- (4) 間違い接種や事故の事例は、厚生労働省及び藤沢市予防接種運営協議会に報告を行うこと。

## 14 個人情報の守秘義務

業務に従事している者または従事していた者が、個人の秘密に関する管理情報を提供し、または漏らした場合は、個人情報の保護に関する法律による罰則を適用します。

以 上

## 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準\*

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	8倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラ IgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	6.0未満（EIA価）
エンザイグノストB 風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイア グノスティクス株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
バイダスアッセイキットRUB IgG （シスメックス・ピオメリュー株 式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	2.5未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピアラテックスRUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
アクセスルベラIgG （ベックマン・コールター株式会 社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	2.0未満 （国際単位（IU）/ml）
i-アッセイCL 風疹IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	1.1未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ 株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満 （抗体価AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ 株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
Rubella-Gアボット （アボットジャパン株式会社）	化学発光免疫測定法 （CLIA法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピアラテックスRUBELLA II （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）
バイオリンルベラIgG/IgM （アボットジャパン株式会社）	イムノクロマト法 （ICA法）	陰性

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位  
（今後キットの追加の可能性あり）

クーポン券見本

抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保運提出用)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え)		
	12345678901234567			12345678901234567			12345678901234567		
予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保運提出用)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え)		
	1234567890123456799999			1234567890123456799999			1234567890123456799999		
予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保運提出用)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え)			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え)		
	1234567890123456799999			1234567890123456799999			1234567890123456799999 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇		

別紙

令和8年度 風しんの第5期の定期接種単価表

	単価金額 (税込み)	備考
麻疹風しん混合 (MR)	11,891円	4月、5月実施
風しん単体	7,062円	
予診のみ	3,201円	
麻疹風しん混合 (MR)	11,913円	6月～3月実施
風しん単体	7,084円	
予診のみ	3,223円	

消費税及び地方消費税については、予防接種を実施した時期の税率を適用します。

# 風しんの第5期の定期接種完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤沢市長	年 月 日
医療機関	所在地
	名 称
	氏 名

\_\_\_\_\_月に実施した風しんの第5期の定期接種について、次のとおり報告します。

区 分	件 数	単 価	金 額
M R ワ ク チ ン	件	円	円
風 し ん ワ ク チ ン	件	円	円
予 診 の み	件	円	円
合 計	件		円

上記についての接種委託料は、つぎのとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している「債権者コード」がある場合はコード番号を記載。

債権者コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※「債権者コード」がない場合は、次の欄も記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合									支店
	種 目	普 通 当 座	口座番号							
口 座 名 義	フリガナ									
	フリガナ									

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。

※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

# 風しんの第5期の定期接種予診票

クーポン券の予防接種券(国保連提出用)を貼付

(クーポン貼付)

接種を希望される方へ:太ワク内にご記入ください。

住民登録上の住所	神奈川県藤沢市 朝日町1-1		
	〇〇マンション201		
ふりがな	ふじさわ たろう	男・女	<input checked="" type="radio"/>
氏名	藤沢 太郎		
生年月日	西暦 19〇〇年 1月 1日生 (満 45歳)	診察前の体温	36 度 5 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日の風しんの第5期の定期接種について「風しんの第5期の定期接種」の説明書を読みましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
風しんの予防接種(MR含む)を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②風しん以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	<input type="radio"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
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	<input type="radio"/> いいえ	
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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( ) ・ いつ頃 ( 月 日 )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
心臓病、じん臓病、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( ) ・ いつ頃 ( 月 日 )	はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。			

医師記入欄

被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認した。

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 。

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しました。

(見合わせの理由: ) 医師の署名又は記名押印 **朝日 一郎**

医師の署名、または医師名スタンプの場合は押印もお願いします。

ワクチンロット番号	ワクチン名、ロットNo.はシール貼付可	種量	訪問等で医院以外で接種した場合は、「自宅」または「施設名」を記入してください。	実施場所	医療機関等コード
ワクチン名		0.5ml		実施場所 <b>かわせみ医院</b>	1412200000
Lot No.				医師名 <b>朝日 一郎</b>	
(注)有効期限がきれていないか要確認				実施年月日 <b>〇〇年 △月 ×日</b>	

## 風しんの第5期の定期接種希望書

(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などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
希望します ・ 希望しません

(本人が自署できない場合) 代筆者が本人の名前を代筆し、併せて代筆者の氏名・続柄をも記入してください。

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、本予診票が藤沢市、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出させていただきます。

〇〇年 △月 ×日 被接種者自署又は家族の署名 **藤沢 太郎** (続柄)

(自署できない方の場合、家族が署名し、家族氏名及び被接種者との続柄を記載)

## 風しんの第5期の定期接種済証兼予診済証

クーポン券の予防接種券(ご本人控え)を貼付

(クーポン貼付)

接種を希望される方へ:太ワク内にご記入ください。

住民登録上の住所	神奈川県藤沢市 朝日町1-1		〇〇マンション201
ふりがな	ふじさわ たろう		
氏名	藤沢 太郎	男・女	
生年月日	西暦 19〇〇年 1月 1日生	(満 45歳)	診察前の体温 36度 5分

次のとおり風しんの第5期の定期接種の実施及び  
予診の実施をしました。

藤沢市長

鈴木恒夫印

◆この用紙(風しんの第5期の定期接種済証)は大切に保管してください。

## 【接種後は特に次のことに注意しましょう】

- ・予防接種を受けた後30分間は医師(医療機関)とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ・風しんを含むワクチン予防接種後24時間以内は体調に注意しましょう。
- ・接種後は接種部位を清潔に保ちましょう。
- ・接種当日の激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

## 【副反応について】

- ・接種後に、注射部位の腫れや痛み、発熱等がみられることがありますが、通常2~3日のうちに治ります。
- ・まれに発熱、頭痛、寒気、全身のだるさなどがみられることもあります。通常2~3日のうちに治りますが、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、医師の診察を受けてください。

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医療機関名・医師名	
ワクチン名 〇〇	0.5ml	実施場所	医療機関等コード
Lot No. △△△△△△△△		医療機関名 かわせみ医院	1 4 1 2 2 〇 〇 〇 〇 〇 〇
(注)有効期限がきれていないか要確認		医師名 朝日 一郎	
		実施年月日 〇〇年 △月 ×日	

③被接種者用

お問い合わせ

藤沢市

健康づくり課

TEL0466-21-7351

# 風しんの第5期の定期接種予診票

接種を希望される方へ：太ワク内にご記入ください。

クーポン券の予防接種予診券(予診のみ)(国保連提出用)を貼付

(クーポン貼付)

住民登録上の住所	神奈川県藤沢市 朝日町1-1		
	〇〇マンション201		
ふりがな	ふじさわ たろう		男・女
氏名	藤沢 太郎		
生年月日	西暦 19〇〇年 1月 1日生 (満 45歳)	診察前の体温	36 度 5 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日の風しんの第5期の定期接種について「風しんの第5期の定期接種」の説明書を読みましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
風しんの予防接種(MR含む)を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②風しん以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	<input type="radio"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
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	<input type="radio"/> いいえ	
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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( ) ・ いつ頃 ( 月 日 )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
心臓病、じん臓病、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( ) ・ いつ頃 ( 月 日 )	はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。			

医師の署名、または医師名スタンプの場合は押印もお願いします。

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認し
	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ <input checked="" type="radio"/> 見合わせる )。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しました。(見合わせの理由: ) 医師の署名又は記名押印 <b>朝日 一郎</b> <input checked="" type="radio"/>

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医療機関名・医師名
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか要確認	0.5ml	実施場所 医療機関名 <b>かわせみ医院</b> 医師名 <b>朝日 一郎</b> 実施年月日 <b>〇〇年 △ 月 × 日</b>
		医療機関等コード 141220000000 予診日を記入

## 風しんの第5期の定期接種希望書

(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などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 希望します ・ 希望しません )

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、本予診票が藤沢市、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署又は家族の署名 (続柄)

(自署できない方の場合、家族が署名し、家族氏名及び被接種者との続柄を記載)

## 風しんの第5期の定期接種済証兼予診済証

クーポン券の予防接種予診券(予診のみ)(ご本人控え)を貼付

接種を希望される方へ:太ワク内にご記入ください

予診のみのため  
線を引いて渡してください。

(クーポン貼付)

住民登録上の住所	神奈川県藤沢市 朝日町1		〇〇マンション201
ふりがな	ふじさわ たろう		
氏名	藤沢 太郎	男・女	
生年月日	西暦 19〇〇年 1月 1日生	(満 45 歳)	診察前の体温 36 度 5 分

次のとおり風しんの第5期の定期接種の実施及び予診の実施をしました。

予診のみのため  
線を引いて渡してください。

藤沢市長

鈴木恒夫印

◆この用紙(風しんの第5期の定期接種済証)は大切に保管してください。

## 【接種後は特に次のことに注意しましょう】

- ・予防接種を受けた後30分間は医師(医療機関)とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ・風しんを含むワクチン予防接種後24時間以内は体調に注意しましょう。
- ・接種後は接種部位を清潔に保ちましょう。
- ・接種当日の激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

## 【副反応について】

- ・接種後に、注射部位の腫れや痛み、発熱等がみられることがありますが、通常2~3日のうちに治ります。
- ・まれに発熱、頭痛、寒気、全身のだるさなどがみられることもあります。通常2~3日のうちに治りますが、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、医師の診察を受けてください。

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医療機関名・医師名	
ワクチン名	0.5ml	実施場所	医療機関等コード
Lot No.		医療機関名 かわせみ医院	1412200000
(注)有効期限がきれていないか要確認		医師名 朝日 一郎	
		実施年月日 〇〇年 △月 ×日	

③被接種者用

お問い合わせ

藤沢市

健康づくり課

TEL0466-21-7351