

高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン予防接種業務委託仕様書

1. 目的

予防接種法に基づき、高齢者のインフルエンザ及び新型コロナワクチンの予防接種を実施する。また、公衆衛生の向上や接種による健康被害の迅速な救済を図ることを目的とする。

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者のみに接種を行う。

(1) 接種日に65歳以上の者。

(2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいがある者として厚生労働省令で定める者。(別紙1)
記載した内部障がい以外は認められない。

3. 契約期間及び接種実施期間

(1) 接種実施期間

① 高齢者インフルエンザワクチン予防接種

2026年(令和8年)9月25日から

2027年(令和9年)1月31日まで

※上記実施期間のうち9月25日～9月30日については、ワクチン供給や接種体制などが整い9月中の実施が可能な医療機関のみ予防接種を行うこととする。

② 高齢者新型コロナワクチン予防接種

2026年(令和8年)10月1日から

2027年(令和9年)1月31日まで

(2) 予診票整理期間

2027年(令和9年)2月1日から

2027年(令和9年)2月10日まで

※接種実施期間以外で接種した場合は、任意予防接種扱いとし、公費負担の対象にはならない。

4. 実施要領

公益財団法人予防接種リサーチセンター発行の「インフルエンザ・肺炎球菌感染症(B類疾病)予防接種ガイドライン」及び委託期間の開始前に配布される実施要領に基づき実施すること。

5. 接種回数及び接種量

公費負担の適用は、年度内1回とする。

(1) 高齢者インフルエンザ：予防接種実施規則第22条により、インフルエンザHAワクチンを1回皮下に注射するものとし、接種量は0.5mlとする。

- (2) 高齢者新型コロナワクチン：予防接種実施規則第24条により、上腕の三角筋部への筋肉内注射とし、同規則に定められた新型コロナワクチンを使用します（ワクチンの種類により接種量が異なるため、要注意）。

6. 委託料

委託料の金額は、神奈川県都市衛生行政協議会会長・神奈川県町村保健衛生連絡協議会会長及び神奈川県医師会会長との覚書に基づくものとし、別紙単価表のとおりとする。

7. 報告

接種を行った受託者は、次に掲げる書類を期日までに健康づくり課に提出すること。（市民センターへの提出は不可）

- (1) 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン予防接種完了報告書（兼口座振込依頼書）（別紙2）
- (2) 高齢者のインフルエンザ予防接種予診票の1枚目（別紙3）
- (3) 高齢者新型コロナワクチン予防接種予診票の1枚目（別紙4）

8. 支払い

- (1) 委託額は、部分払い5回に分けて支払う。
- (2) 所定の手続きに従って接種実績に応じた委託金額を請求するものとする。委託者は、請求があったときはその日から起算して30日以内に委託金額を支払うものとする。
- (3) 委託金額及び支払時期については次表のとおりとする。

支払内訳

回数	接種実施月等	支払い予定	備考
1	令和8年9月25日～ 9月30日	正当な請求を受けた日から起算 して30日以内	実績払い
2	令和8年10月1日～ 10月31日	正当な請求を受けた日から起算 して30日以内	
3	令和8年11月1日～ 11月30日	正当な請求を受けた日から起算 して30日以内	
4	令和8年12月1日～ 12月31日	正当な請求を受けた日から起算 して30日以内	
5	令和9年1月1日～ 1月31日	正当な請求を受けた日から起算 して30日以内	

9. 自己負担金について

自己負担金については医療機関が収納し、委託者は単価から自己負担金を差し引いた金額を支払うこととする。

自己負担金の領収書は、医療機関が発行すること。

【自己負担金の額】

- (1) 高齢者インフルエンザ : 1,600円

(2) 高齢者新型コロナワクチン：5, 100円

10. 自己負担金の免除

対象者のうち次の者については自己負担金を免除する。

- (1) 生活保護受給者
- (2) 支援決定されている中国残留邦人

11. 予防接種後副反応等に関する説明及び同意

予診の際は、予防接種後の通常に起こり得る反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について十分に説明し、予防接種の対象者がその内容を理解した上で、自らの意思で接種を希望し、予防接種の実施に関する明示の同意をした場合に限り接種を行うものとすること。

12. 実施計画

医療機関は、予防接種直後の即時性全身反応等、副反応の発生等に対応するために必要な薬品及び器具等を備えることとする。

13. 予診票・予防接種済証等について

藤沢市の複写式予診票を使用する。インフルエンザ予防接種を受けた者には、予診票3枚目「インフルエンザ予防接種済証・予診済証」（別紙5）、新型コロナワクチン予防接種を受けた者には、予診票3枚目「新型コロナワクチン予防接種済証・予診済証」（別紙6）を渡すこと。また、予診のみの場合も同様とする。

予診票の医療機関控えを少なくとも5年間は適正に管理・保存すること。

予診票が不足した場合は、健康づくり課へ請求すること。

14. ワクチンの保管について

ワクチンの貯蔵は、生物学的製剤基準に定めるところによるほか、温度管理がなされていることが確認できる冷蔵庫などを使用すること。

15. 副反応の報告について

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うこと。予防接種法施行規則第5条に規定する症状（別紙7 予防接種後副反応疑い報告書の報告基準参照）の診断をした場合には、予防接種後副反応疑い報告書を作成し、電子報告システムにて速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告すること。なお、電子的な報告が困難な場合は予防接種の種類に関わらずFAXにて報告すること。

電子報告システム

（報告受付サイト <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）

FAX送付先：独立行政法人医薬品医療機器総合機構

（FAX番号 0120-176-146）

なお、同様の報告を藤沢市健康づくり課にも電子メールにて報告すること。

（メールアドレス fj-cv@city.fujisawa.lg.jp）

16. 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る。

17. 禁止事項

- (1) 受託者は本業務の全部又は一部を第三者に委託し又は請負わせることはできない。
- (2) 受託者は委託業務の執行上、知り得た秘密事項を他に漏らしてはならない。漏らした場合は個人情報の保護に関する法律により罰則を適用する。

18. 障がいを理由とする差別の解消の推進

障がいを理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号）に定めるもののほか、藤沢市における障がいを理由とする差別の解消の推進に関する対応要領第4条及び第5条の趣旨並びに藤沢市職員サポートブックの内容を踏まえ、障がい者に対する適切な対応を行うこと。

19. その他

- (1) 藤沢市地球温暖化対策実行計画の趣旨を理解し、第5章の各取組項目を実施するように努めること。
- (2) 受託者は、委託者が別に定める別紙8「データの保護及び秘密の保持等に関する仕様書」を遵守すること。

以　　上

予防接種法の一部を改正する法律等の施行について（抜粋）

平成 13 年 11 月 7 日 健発第 1058 号

心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害の程度は、次のいずれかに該当するものであること。なお、これらに該当することについては、医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなど、接種対象者であることの認定に必要と思われる資料の提出を求められたいこと。

ア 心臓機能障害

（ア）次のいずれか二以上の所見があり、かつ、安静時又は自己身の日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状又は繰り返シアダムスストークス発作が起こるもの。

- a 胸部エックス線写真所見で心胸比 0.60 以上のもの
- b 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- c 心電図で脚ブロック所見があるもの
- d 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- e 心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
- f 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
- g 心電図で S T の低下が 0.2 mV 以上の所見があるもの
- h 心電図で第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（ただし V1 を除く。）のいずれかの T が逆転した所見があるもの

（イ）人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行ったもの。

イ じん臓機能障害

じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10ml / 分未満、又は血清クレアチニン濃度が 8.0 mg / dl 以上であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか、又は血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

ウ 呼吸器機能障害

予測肺活量一秒率、動脈血ガス及び医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障がいのため予測肺活量一秒率の測定ができないもの、予測肺活量一秒率が 20 以下のもの又は動脈血 O₂ 分

圧が 50 Torr 以下のもの。予測肺活量一秒率とは、一秒量（最大呼気位から最大努力下呼出の最初の一秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長に合わせて正常ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

エ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) CD4 陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{l}$ 以下で、次の項目 (a~l)

のうち六項目以上が認められるもの。

- a 白血球数について $3,000/\mu\text{l}$ 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- b Hb 量について男性 12 g/dl 未満、女性 11 g/dl 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- c 血小板数について $10\text{ 万}/\mu\text{l}$ 未満の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- d ヒト免疫不全ウイルス-RNA 量について $5,000\text{ コピー}/\text{ml}$ 以上の状態が四週以上の間隔をおいた検査において連続して二回以上続く
- e 一日一時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に七日以上ある
- f 健常時に比し 10% 以上の体重減少がある
- g 月に七日以上の不定の発熱 (38°C 以上) が二か月以上続く
- h 一日に三回以上の泥状ないし水様下痢が月の七日以上ある
- i 一日に二回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に七日以上ある
- j 口腔内カンジタ症（頻回に繰り返すもの）、赤痢アメーバー症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症（頻回に繰り返すもの）、糞線虫症及び伝染性軟属種等の日和見感染症の既往がある
- k 生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- l 軽作業を越える作業の回避が必要である

(イ) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの

令和8年度版(個別契約)

高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン予防接種完了報告書
(兼口座振込依頼書)

藤 沢 市 長		年 月 日	
		所在地	
医療機関	名 称		
	氏 名		
_____月に実施したインフルエンザ・コロナ予防接種について、次のとおり報告します。			
高齢者インフルエンザ 65歳以上の接種者	徴収	件 × 3,878円	円
	免除	件 × 5,478円	円
	予診のみ	件 × 3,223円	円
高齢者インフルエンザ 60～64歳の障がい者 (特例対象者) ※障がい者手帳の写しを添付	徴収	件 × 3,878円	円
	免除	件 × 5,478円	円
	予診のみ	件 × 3,223円	円
高齢者新型コロナワクチン 65歳以上の接種者	徴収	件 × 11,873円	円
	免除	件 × 16,973円	円
	予診のみ	件 × 3,223円	円
高齢者新型コロナワクチン 60～64歳の障がい者 (特例対象者) ※障がい者手帳の写しを添付	徴収	件 × 11,873円	円
	免除	件 × 16,973円	円
	予診のみ	件 × 3,223円	円
合 計 金 額			円

上記についての接種委託料は、次のとおり振り込んでください。

※市に登録している「債権者コード」を利用
する場合は、右にコード番号を記載。

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

※「債権者コード」を利用しない場合は、次の欄に記載してください。

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						※右づめで 記載
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。

高齢者のインフルエンザ予防接種予診票

区分費用	特例徴収	※障がい者手帳添付
	免除	予診のみ

接種を希望される方へ:太ワク内にご記入ください。		診察前の体温		度		分
住 所	藤沢市					
ふりがな		男・女	電話	()		
氏 名						
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)					

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について「高齢者のインフルエンザ予防接種」の説明書を読みましたか。	はい	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。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	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	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	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	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	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ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 はい はい	いいえ いいえ 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	いいえ	
最近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	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	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	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	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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 (可能 ・ 見合わせる)。
(見合わせる理由:) 医師の署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診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、本予診票が藤沢市に提出されることに同意します。
20 年 月 日 被接種者自署 (続柄) (自署できない方の場合、代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医療機関名・医師名
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 医師名
実 施 年 月 日		
20 年 月 日		

藤沢市

高齢者新型コロナワクチン予防接種予診票

区分
費用特例
徴収

※障がい者手帳添付

免除

予診のみ

○接種を受ける方は、太枠内を記入してください。○接種当日は本人確認書類を持参してください

診察前の体温

度

分

住所	藤沢市		
フリガナ		男・女	生年月日 (西暦) 年 月 日生 (満 歳)
氏名		電話番号	()

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の高齢者新型コロナワクチン予防接種について「高齢者新型コロナワクチン予防接種の説明書」を読みましたか。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	☐ はい	☐ いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	☐ はい	☐ 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	☐ いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	☐ はい	☐ 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	☐ いいえ	
新型コロナワクチンの予防接種を受けたことがありますか。(前回接種日: 年 月 頃)	☐ はい	☐ いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	☐ はい	☐ いいえ	
②新型コロナワクチン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	☐ 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	☐ いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	☐ はい	☐ 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 ()	☐ はい	☐ 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	☐ いいえ	
最近1か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	☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい	☐ いいえ	

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(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、説明した。 医師の署名又は記名押印
-------	---

高齢者新型コロナワクチン予防接種希望書(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)。※かつこのどちらかを○で囲んで下さい。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署

(続柄)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
メーカー名 ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ 武田(ノババックス) ☐ 第一三共 ☐ その他() Lot No.	筋肉内接種 ☐ ☐ ☐ ml	実施場所	医療機関コード
(注)有効期限がきれていないか要確認		接種年月日	202 年 月 日

インフルエンザ予防接種済証兼予診済証

		診察前の体温		度		分
住 所	藤沢市					
ふりがな			男・女	電話	()	
氏 名						
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)					

次のとおりインフルエンザ予防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(インフルエンザ予防接種済証)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。
- ・インフルエンザ予防接種後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。

お問い合わせ

藤沢市 健康づくり課

TEL0466-21-7351

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医療機関名・医師名
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 医師名
実 施 年 月 日		
20 年 月 日		

③被接種者用

藤沢市

高齢者新型コロナワクチン予防接種済証・予診済証

		診察前の体温		度	分
住所	藤沢市 朝日町1-1				
フリガナ	フジサワ タロウ	男	生年月日	(西暦)〇〇〇〇年 ×月 △日生(満 〇〇歳)	
氏名	藤沢 太郎	女	電話番号	0466 (25) 1111	

次のとおり高齢者新型コロナワクチン予防接種の実施又は予診の実施をしました。

藤沢市長 鈴木 恒夫 印

この用紙(高齢者新型コロナワクチン予防接種済証・予診済証)は大切に保管してください。

- ・新型コロナワクチン接種証明書アプリは2024年3月31日でサービスを終了しました。
- ・令和6年度以降に受けた新型コロナワクチン予防接種の接種履歴はマイナポータルで確認できません。

【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分は医師(医療機関)とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- ・予防接種を受けた後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、飲酒は避けましょう。

【副反応について】

- ・接種後に、注射部位の痛み、発熱等がみられることがありますが、こうした症状は通常数日以内に回復しています。
- ・まれに心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。接種後4日程度の間に胸の痛みや息切れなどの症状が現れた場合は、接種医またはかかりつけ医の診察を受けてください。

この証明は [接種済証 ・ 予診済証] です

お問い合わせ

藤沢市 健康づくり課 TEL:0466-21-7351

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日									
メーカー名 ☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ 武田(ノババックス) ☐ 第一三共 ☐ その他() Lot No.	筋肉内投 ☐ ☐	医療機関コード <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
(注)有効期限がきれていないか要確認		年月日 202 年 月 日									

1枚目の記入内容が複写されます。

③被接種者用

2026.10

予防接種後副反応疑い報告書

記入前に裏面の＜注意事項＞をお読みください。

定期接種・臨時接種ワクチンの有無										☐ 有		☐ 無		製造販売業者への情報提供の有無										☐ 有		☐ 無									
被接種者情報	保険者番号(左詰め)					被保険者記号(左詰め)										被保険者番号(左詰め)										枝番									
	氏名又はイニシャル(姓・名) (定期・臨時接種は氏名、任意接種はイニシャル記載)										カナ氏名 (任意接種は記載しない)										公費負担者番号					受給者番号									
	性別		住所								生年月日										接種時年齢														
	☐ 男 ☐ 女				都道府県				区市町村		西暦		年		月		日		歳		月														
	基礎疾患(既往歴を含む)										薬剤又は食物アレルギー歴										家族歴										出生体重 (0歳～未就学児の場合)				
																															グラム				
	☐ 無										☐ 無										☐ 無														
	被疑ワクチンに関する情報	接種日時																																	
西暦 年 月 日 午前・午後 時 分 ☐ 不明																																			
被疑ワクチンの種類 (同時接種したワクチンを記載)										ロット番号					製造販売業者名					接種回数															
										☐ 不明					☐ 不明					回目 ☐ 不明															
										☐ 不明					☐ 不明					回目 ☐ 不明															
										☐ 不明					☐ 不明					回目 ☐ 不明															
										☐ 不明					☐ 不明					回目 ☐ 不明															
										☐ 不明					☐ 不明					回目 ☐ 不明															
										☐ 不明					☐ 不明					回目 ☐ 不明															
▲ 症状との因果関係が最も疑われる被疑ワクチンがある場合は○をつけてください。																																			
使用中の医薬品																																			
主たる症状に関する情報	発生日時		西暦 年 月 日 午前・午後 時 分 ☐ 不明																																
	主たる症状		主たる症状を1つご記入ください。 症状名()																																
			その他の症状がある場合は、「その他の症状」欄にご記入ください。臨床経過は、裏面の「臨床経過」欄にご記入ください。																																
	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																								
			2 重くない		5 入院		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																										
	検査結果		主たる症状の診断根拠となった検査結果(接種前、発現日等の検査値(単位含む)又は検査所見)をご記入ください。																																
	検査項目		検査日		／		／		／		／		／		／		／																		
転帰日		西暦 年 月 日 ☐ 不明																																	
症状の転帰		1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明																																	
にその他の情報	その他の症状		主たる症状以外の症状がある場合は、以下にご記入ください。																																
	症状名()																																		
報告者に関する情報	(既に医薬品医療機器総合機構へ報告した症例の続報の場合→□)																																		
	氏名:		医療機関名(所属部署まで):																																
			(職種:□医師、□歯科医師、□薬剤師、□看護師、□その他())																																
	住所 〒		都道府県				市区町村																												
に接種場に関する情報	電話番号:		メールアドレス: @																																
	接種場所が報告医療機関と異なる場合はご記入ください。																																		
		医療機関名: 住所: 都道府県 市区町村																																	
		☐ 接種場所が不明の場合 府県 町村																																	

- 厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構のウェブサイトにおいて、記入要領を掲載しているため、報告書の記入に当たって参考にしてください。
- 予防接種法第12条第1項の規定による副反応疑い報告を行う場合は、被接種者の公的医療保険の被保険者番号等(保険者番号、被保険者等記号・番号、枝番)又は生活保護の受給者番号等(公費負担者番号、受給者番号)のいずれかを記載してください。
- 被保険者番号等のうち、枝番がない場合は、空欄のままとしてください。
- 受給者番号等については、被接種者が生活保護受給者の場合にのみ記載し、その他の公費負担医療の受給者の場合は、空欄にしてください。
- 被保険者番号等又は受給者番号等が不明の場合は、「不明」と記載してください。
- 別添1の報告基準において算用数字を付している症状については、定められた期間内に発生した場合は、因果関係の有無にかかわらず、国に報告することが義務付けられています。
- 報告基準に定められていない症状については、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、①入院治療を必要とするもの、②死亡、③身体の機能の障害に至るもの又は④死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの」に該当する場合は、報告対象となります。
- 報告基準において定められた発生までの期間を超えて発生した症状であっても、それが予防接種を受けたことによるものと疑われ、7.に該当する場合は、報告してください。
- 報告基準において複数の症状が含まれているもの(「脳炎・脳症」、「BCG骨炎(骨髄炎、骨膜炎)」、「疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状」)を「主たる症状」として報告する場合は、複数の症状のうち、主たるものを1つ記載してください。(「脳炎・脳症」の場合、「脳炎」又は「脳症」のうちどちらか1つを記載してください。)
- 報告基準は、予防接種後一定の期間内に現れた症状を報告するためのものであり、予防接種との因果関係や予防接種健康被害救済と直接に結びつくものではありません。
- 「症状の転帰」について、報告時点で、記載された症状が未回復である場合には「未回復」に、記載された症状による障害等がある場合には「後遺症」に○印を記載してください。
- 報告対象の症状が、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、ギラン・バレー症候群(GBS)、血栓症(血栓塞栓症を含み、血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、別途、調査票を記入の上、提出してください。
- HPVワクチンについては、接種後に広範な慢性的疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が発生する場合があるため、これらの症状と接種との関連性が認められる場合は、報告してください。HPVワクチンの定期接種(キャッチアップ接種を含む。))にあつては、交互接種の後に生じたものである場合、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。HPVワクチンのキャッチアップ接種において、過去に接種したヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの種類が不明の場合は、「臨床経過」欄にその旨を明記してください。
- 新型コロナワクチンについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状(遅発性の症状又は遷延する症状を含む。))についても必要に応じて報告を検討してください。
けいれん(ただし、熱性けいれんを除く。)、ギラン・バレー症候群、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、血小板減少性紫斑病、血管炎、無菌性髄膜炎、脳炎・脳症、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)
なお、医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナウイルスに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。
- RSウイルス母子免疫ワクチンについては、接種を受けた妊婦に発現した症状のみならず、胎児又は出生した児において発現した副反応が疑われる症状についても、「医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの」に該当する場合は、副反応疑い報告の対象となります。
胎児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合は、「被接種者情報」欄には、母親の情報を記載してください。
出生した児において発現した副反応が疑われる症状について報告する場合は、「被接種者情報」欄には、出生した児の情報を記載してください。その場合、「被疑ワクチンに関する情報」欄及び「接種場所に関する情報」欄には、母親に対して行われた予防接種の情報を記載するとともに、「臨床経過」欄に、予防接種を受けた母親の氏名又はイニシャル、性別、住所、生年月日、接種時年齢を記載してください。
母親と出生した児の両者に副反応が疑われる症状が生じ、それらについて報告する場合、母親と出生した児で別々に副反応疑い報告を行ってください。その場合、母子それぞれの報告において、「臨床経過」欄に、「母体/児において○○が発生しており、○年○月○日付けで、別途副反応疑い報告を提出している。」旨記載してください。
- 報告された情報については、厚生労働省、国立健康危機管理研究機構、医薬品医療機器総合機構で共有します。また、患者(被接種者)の氏名、生年月日及び被保険者番号等を除いた情報を、製造販売業者に提供します。報告を行った医療機関等に対し、医薬品医療機器総合機構又は製造販売業者が詳細調査を行う場合があります。
- 報告された情報については、ワクチンの安全対策の一環として、広く情報を公表することがありますが、その場合には、施設名及び患者のプライバシー等に関する部分は除きます。
- 患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も予防接種を受けたことによるものと疑われる症状を知った場合には報告を行うこととされています。なお、報告いただく場合においては、把握が困難な事項については、記載いただく必要はありません。
- 電子報告システム(報告受付サイト)による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告書を作成、提出してください。
URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>
- FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記のFAX番号宛てに送付してください。
FAX番号: 0120-176-146(各種ワクチン共通)
- 予防接種法に基づく予防接種(定期接種又は臨時接種)を受けた方に健康被害が生じた場合、予防接種健康被害救済制度により、医療費・障害年金等の給付を受けられる場合があります。また、任意の予防接種により健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度又は生物由来製品感染等被害救済制度の対象となる場合があります。予防接種による副反応が疑われる症状を呈した患者が、これらの制度の対象になると考えられる場合は、当該患者又はその保護者にこれらの制度を紹介して下さい。
予防接種健康被害救済制度: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaiakyuusai.html
医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度: <https://www.pmda.go.jp/relief-services/index.html>

データの保護及び秘密の保持等に関する仕様書

(趣旨)

- 第1条 この仕様書は、藤沢市（以下「委託者」という。）と事業者（以下「受託者」という。）が締結する契約（以下「本契約」という。）において、本契約に係るデータの取扱い及び受託業務を通じて知り得た秘密等の取扱いについて、委託者と受託者の履行すべき責務を定めることを目的とする。
- 2 この仕様書におけるデータとは、委託者からの提供や本契約を履行する過程において作成等された帳票、電子及び磁気その他の記録媒体に記録された情報、並びにLGWAN-ASPやインターネット環境で利用するシステム、サービス（以下「外部サービス」という。）内に記録された情報をいう。なお、データに個人情報を含む場合の個人情報とは、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「法律」という。）第2条に定められた個人に関する情報をいう。
- 3 この仕様書は、本契約に基づき再委託を受けた者（再委託先が委託先の子会社（会社法（平成17年法律第86号）第2条第1項第3号に規定する子会社）である場合や受託者から再委託以降の全ての段階の委託業務を受託する事業者を含む。）についても適用する。
- 4 受託者は、本契約及び本仕様書に基づく安全管理措置等について、契約締結時及び委託者の求めに応じて、様式第1号「安全管理措置等について」を提出しなければならない。

(法律等の遵守)

- 第2条 受託者は、法律及び藤沢市個人情報の保護に関する法律の施行等に関する条例（令和4年藤沢市条例第17号）の本旨に従い、本契約を履行しなければならない。

(必要事項の届出)

- 第3条 受託者は、本契約において個人情報を扱う場合、個人情報取扱責任者及び個人情報取扱担当者（以下「責任者等」という。）を定め、個人情報の管理体制及び個人情報を取り扱う業務の実施体制並びに個人情報管理の状況についての検査体制等、委託者が必要と認める事項を、業務の着手日までに書面により委託者に通知するものとする。

2 委託者は、業務の執行上、責任者等が不適当であると認めるときは、その理由を明示して受託者に責任者等の変更を求めることができる。

3 受託者は、業務の途中で責任者等を変更した場合は、速やかに書面により委託者に通知するものとする。

(秘密の保持)

第4条 受託者は、本契約の履行に際して知り得た秘密を他に漏らしてはならない。
本契約期間満了後、本契約の解除後及び職を退いた場合においても同様とする。

2 受託者は、本契約に係る業務を派遣労働者、契約社員その他の正社員以外の労働者（以下「派遣労働者等」という。）に行わせる場合は、派遣労働者等に本契約に基づく一切の義務を遵守させなければならない。

3 受託者は、委託者に対して、派遣労働者等を含む労働者の全ての行為及びその結果について責任を負うものとする。

(指示目的外使用及び第三者への提供の禁止)

第5条 受託者は、データを委託者が指示する目的以外に使用してはならない。また、第三者に提供してはならない。

(複製等の制限)

第6条 受託者は、委託者の承認を得ずして、データを用紙、記録媒体、外部サービスに複写し、又は複製してはならない。

(データの受領)

第7条 受託者は、業務の履行上、委託者からデータの提供がある場合は、様式第2号「データ受領証兼複製申請書」を委託者に提出しなければならない。

(データの持出し)

第8条 受託者は、業務上、やむを得ず委託者の環境からデータを持出す場合は、様式第3号「データ借用申請書」を提出し、委託者の許可を受けなければならない。

(パソコン及びモバイル端末並びにデータの持込み)

第9条 受託者は、委託者の環境にパソコン及びモバイル端末（以下「パソコン等」という。）並びにデータを持込み、作業を行う場合は、様式第4号「パソコン等及びデータ持込み申請書」を提出し、委託者の許可を受けなければならない。

(安全管理義務)

第10条 受託者は、データの取扱いについて、従業者及び作業場所を特定し、デー

タの無断持出しの禁止を徹底させなければならない。業務上、やむを得ず持出す場合には、パスワード等による暗号化の措置を行い、委託者の承認を得たうえで、様式第 8 号「データ持出管理簿」に記録し、本契約終了時及び委託者の求めに応じて委託者に提出すること。また、紛失、損傷、焼失等の事故が生じないように安全かつ適切な管理体制を整備しなければならない。

- 2 第 9 条に規定する持込み、及び成果物等を記録媒体等で委託者に提出する場合には、最新のパターンファイルが適用されたウイルス対策ソフト等により、記録媒体等にコンピュータウイルス等の不正なプログラムが書込まれていないことを確認し、様式第 5 号「ウイルス検査済証明書」を提出しなければならない。

(データの返却・消去)

- 第 11 条 受託者は、委託者から提供を受けたデータの利用が完了した場合は、速やかに委託者に返却しなければならない。なお、返却する記録媒体等がない場合は、様式第 6 号「データ消去証明書」を提出しなければならない。

- 2 受託者のパソコン等に、データを複製又は保存した場合は、業務上の利用が完了後、原則として、速やかに全ての記録を復元不可能な状態に消去しなければならない。また、データを消去した日から 14 日以内に、様式第 6 号「データ消去証明書」を提出しなければならない。

- 3 受託者は、業務の履行にあたり外部サービスを利用した場合は、外部サービス内に保存されたデータについて、業務上の利用が完了後、委託者の求めに応じ汎用性のあるデータ形式に変換して提供するとともに、外部サービス内で復元できないよう消去しなければならない。また、消去作業を完了した日から 14 日以内に、様式第 6 号「データ消去証明書」を提出しなければならない。

(記録媒体等の廃棄)

- 第 12 条 受託者は、本契約の履行上、委託者から廃棄指示がある場合の記録媒体等にあつては、確実に物理的に破壊し、又は全ての記録を復元不可能な状態に消去した後に廃棄し、様式第 7 号「廃棄証明書」を提出しなければならない。

(外部サービスの利用)

- 第 13 条 受託者は、仕様書に定めがある場合を除き、他の事業者が提供する外部サービスの利用を希望する場合は、利用するサービスのセキュリティ要件及び取り扱う情報を委託者に対し明確化するとともに、利用可否及び利用条件について

委託者の指示に従うこと。

(監督及び監査)

第14条 委託者は、本契約の履行すべき責務に関し必要があるときは、受託者に対して報告を求め、監査を行い、又は監査に立会うことができるものとし、受託者はこれに協力しなければならない。

(検査)

第15条 委託者は、本契約において個人情報扱う場合、個人情報の取扱いについて、受託者の作業の管理体制及び実施体制や個人情報の管理の状況について、少なくとも1回以上の検査を行うものとする。検査の方法は、原則として実地検査によるものとするが、取り扱う個人情報の秘匿性やその量等を考慮し、受託者と協議の上、委託者が決定する。

(従業者に対する教育の実施)

第16条 受託者は、その従業者等に対して、データの保護及び秘密の保持等に関し履行すべき責務について十分な教育を行わなければならない。また、委託者から教育状況の報告を求められた場合には、実施状況等を書面により委託者に提出しなければならない。

(事故発生の報告義務)

第17条 受託者は、本契約及び本仕様書に基づく安全管理措置等が履行できない場合及び情報漏えい等の事故が発生し、若しくは事故の発生が予想されるときは、直ちにその旨を委託者に通知し、委託者の指示を受けるとともに、遅滞なく事故等の状況を書面により委託者に報告しなければならない。

2 委託者は、本契約に関し個人情報の漏えい等の事故が発生した場合は、必要に応じて当該事故に関する情報を公表することができる。

(契約の解除)

第18条 委託者は、受託者が本仕様書の規定について不履行、又は履行されない恐れがあると認めたときは、本契約を解除することができる。

2 受託者は、前項の規定による本契約の解除により損害を受けた場合においても、委託者に対して、その損害の賠償を請求することはできないものとする。

(損害賠償)

第19条 受託者は、本契約の履行にあたり、本仕様書に違反した場合、故意又は過

失を問わず、その賠償の責に任ずるものとする。

(その他)

第 2 0 条 本仕様書に定める各様式を、藤沢市公式ホームページにて公開するものとする。

(以下余白)