



# 愛知県広域予防接種事業 **B類疾病** が始まります！

(インフルエンザ & 高齢者用肺炎球菌)

住民登録している市町村以外の市町村(愛知県内)でも予防接種が可能になります！  
市町村によって異なっていた依頼文や予診票の様式が愛知県内で統一されます！

- ▶ 住民登録のある市町村で予防接種を受けることが原則です。諸事情のある場合(下記対象者に該当する人)に、広域予防接種事業を利用することが可能です。
- ▶ 住民登録のある市町村で予防接種を受ける場合は、本事業の対象外です。
- ▶ 予診票の統一は、B類疾病のみです。名古屋市に住民登録のある人は、名古屋市独自の予診票を使用しますのでご注意ください。
- ▶ A類疾病(子ども)については、平成26年4月から事業を開始しています。

## 事業の概要

### 1 いつから

愛知県広域予防接種事業(B類疾病)は、平成28年4月開始です！  
ただし、予防接種の実施時期は、市町村により異なります。

### 2 対象者(予防接種を希望する人)

愛知県内の市町村に住民登録があり、以下に該当する人

- ①住民登録している市町村以外の市町村に**かかりつけ医**がいる人
- ②**高齢者施設等に入所**のため、住民登録している市町村以外での予防接種を希望する人
- ③**長期に入院治療**を要し、住民登録している市町村で予防接種を受けることが困難な人
- ④その他(住民登録のある市町村へお尋ねください)

### 3 どこで

愛知県内の接種協力医療機関(接種協力医師) ⇒ 詳しくは「Q2」をご覧ください

### 4 詳しくは…

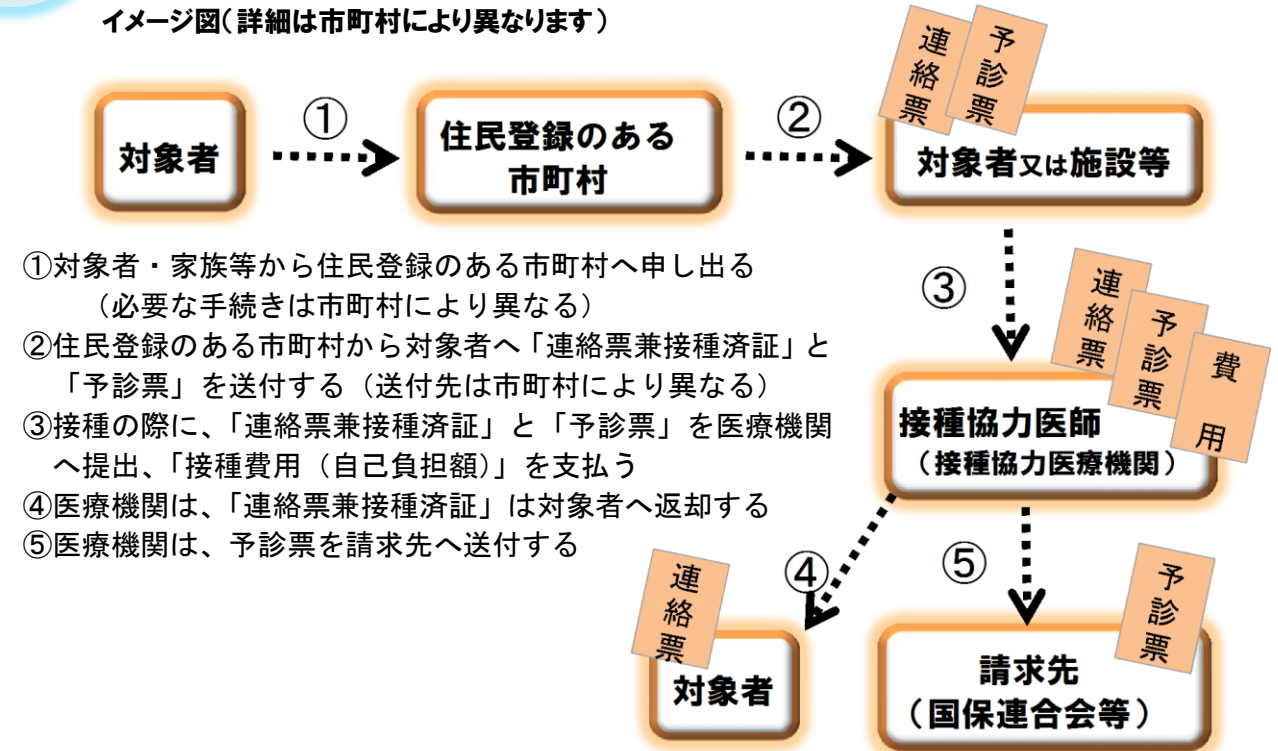
対象者の住民登録がある市町村で確認をお願いします！

予防接種を受ける前に、必ず住民登録のある市町村への申し出(申請)が必要です。申し出より前(申請前)に接種した場合、払い戻しはできません。手続等の事前の確認をお願いします。

## Q1

### どのような事業の流れですか？

イメージ図(詳細は市町村により異なります)



- ①対象者・家族等から住民登録のある市町村へ申し出る(必要な手続きは市町村により異なる)
- ②住民登録のある市町村から対象者へ「連絡票兼接種済証」と「予診票」を送付する(送付先は市町村により異なる)
- ③接種の際に、「連絡票兼接種済証」と「予診票」を医療機関へ提出、「接種費用(自己負担額)」を支払う
- ④医療機関は、「連絡票兼接種済証」は対象者へ返却する
- ⑤医療機関は、予診票を請求先へ送付する

## Q2

### この事業の接種医は？

愛知県広域予防接種事業に協力する医師(接種協力医師)のみです。接種協力医師は、登録制<sup>注1</sup>です。  
<sup>注1</sup> 医師登録には条件があります。登録に関しては、愛知県医師会へお問い合わせください。  
住民登録のある市町村へ申し出る前に、予防接種を実施する医師(かかりつけ医、施設医、往診医等)が、**接種協力医療機関及び接種協力医師であるかを確認**しておく必要があります。  
※接種協力医師として登録されていない場合は、愛知県広域予防接種事業を利用できません。  
※登録状況は、平成28年4月以降、愛知県医師会ホームページで確認できます。  
※対象者・家族等へ登録されている医療機関名及び医師名をお知らせください。

## Q3

### 予防接種の種類は？

予防接種法に規定する定期の予防接種のみです(B類疾病は、インフルエンザ及び高齢者用肺炎球菌の2種類のみ)。  
※任意の予防接種については、本事業の対象外です。

## Q4

### 実施時期や接種費用(自己負担額)は？

対象者の住民登録している市町村によって異なります。

愛知県広域予防接種事業で予防接種を受けるためには、接種の際に「連絡票兼接種済証」と「予診票（統一様式）」が必要です。  
名古屋市は独自様式です

**見本様式**  
(様式 1-3)

### 高齢者用肺炎球菌ワクチン広域予防接種連絡票兼接種済証

住所	TEL	- -
フリガナ	生年月日	大正・昭和
被接種者氏名		年 月 日 (満 歳)
対象者区分 1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他 ( )		

発行日	平成 年 月 日	市町村	医療機関
接種可能期間(有効期限)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
自己負担額	_____円 ← 接種医療機関は左記の金額を被接種者より徴収してください。		
接種時に必要な書類	1. 高齢者用肺炎球菌予防接種連絡票兼接種済証 (この用紙) 2. 予診票 3. 住所・氏名・生年月日を確認できるもの (健康保険証・運転免許証等) 4. その他 ( )		
医療機関 確認事項			
市町村の フリースペース			

【注意事項】

◎接種医療機関の方へ

- 自己負担額に記載されている金額を被接種者より、徴収してください。
- 接種済証に、接種日及び実施医療機関名・医師名を記入のうえ本人にこの用紙をお返しください。

◎被接種者の方へ

- 本連絡票に記載の情報は、広域予防接種事業における事業把握のためにのみ利用します。
- 本連絡票は、市町村外へ転出日以降は無効となります。転入先の市区町村で、予防接種の手続き等をご確認ください。
- 接種日時で〇〇市民でない場合、接種費用が全額自己負担となりますのでご注意ください。
- 本連絡票には接種済証がついています。接種した証明となりますので、大事に保管してください。

問い合わせ先：( \_\_\_\_\_ )

**高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種済証**

接種日 平成 年 月 日

実施医療機関名

医師名 印

市町村長名 印

**〔施設等で確認する場合のポイント〕※広域のルールです。**

- ①市町村により、「接種可能期間」「自己負担額」が異なります。
- ②当該年度のみ使用可能です。
- ③希望書の日付と接種（予診）日は同日です。
- ④被接種者本人が署名できない場合は、代筆者が「日付」「被接種者自署欄」「代筆者署名」「続柄」を記載します（署名はフルネーム）。

**見本様式**  
(様式 2-2)

### 〇〇市 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

〇〇年度広域用 2

自己負担額 _____円 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span>	診察前の体温	度 分
住所	男 ・ 女	
(フリガナ) 氏 名 ( )		
生年月日 大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	電話番号 ( )	-

質問事項	回答欄	医師記入欄
今までに肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか(ニューモバックスNP)。	はい	いいえ
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている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
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
		いいえ
最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。	はい	いいえ
病名 ( )		
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ

市町村の フリースペース	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。 <div style="text-align: right;">医師署名又は記名押印</div>

ワクチンロット番号・メーカー名・有効期限	接種量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日
Lot No.	ml	実施場所
メーカー名		医師名
有効期限 年 月 日		接種(予診)年月日 平成 年 月 日

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (医師の診察・判定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うえで、接種を希望しますか。  
( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

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。  
この結果に基づき、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 3 4

平成 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_

(※) 意思確認はできませんでしたが、自署できないため、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載します。

代筆者署名及び被接種者との続柄 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ ) 4

～インフルエンザ予防接種も同様の様式があります～