

山陽小野田市予防接種費助成請求書

年 月 日

山陽小野田市長 宛

申請者 住 所 山陽小野田市
氏 名
被接種者との関係（ ）
連絡先

山陽小野田市定期予防接種（A類疾病）実施要綱第 8 条第 2 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成を請求します。

記

1 被接種者

フリガナ		性別	男・女
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所	〒		
	山陽小野田市		

2 接種した予防接種

予防接種 の種類	接種日	支払料金 (償還請求額)	予防接種 の種類	接種日	支払料金 (償還請求額)									
	年 月 日	円		年 月 日	円									
	年 月 日	円		年 月 日	円									
	年 月 日	円		年 月 日	円									
	年 月 日	円		年 月 日	円									
	年 月 日	円		年 月 日	円									
償還請求額合計			円											
振 込 先	金融機関名										種目			
	銀行 金庫 組合										本店・本所 支店・支所 出張所		普通・当座	
	金融機関コード				店番号			口座番号（右詰）						
	フリガナ													
	口座名義人													
受理年月日	年 月 日				決定年月日		年 月 日							

添付書類：領収書
予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証 等）
予診票の原本又はその写し

急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票

1. 組織病理診断	☐ 実施	☐ びまん性または多発性の脱髄部位がみられる ☐ その他（ ）
	☐ 未実施	
	☐ 不明	
2. 臨床症状	① 該当項目を全て選択	
	☐ 炎症性脱髄が原因と推定される	
	☐ 初めての事象である（先行するワクチン接種の有無を問わない）	
	☐ これまでに、下記にあげるような中枢神経系の脱髄疾患の既往がある ☐ ADEM ☐ 横断性脊髄炎 ☐ 視神経炎 ☐ 視神経脊髄炎 ☐ 多発性硬化症 ☐ clinically isolated syndrome（多発性硬化症における臨床的に初発の段階） ☐ その他（ ）	
	☐ 臨床的に多巣性の中枢神経系の障害（事象）である	
	☐ 発熱により説明できない脳症（意識の変容や行動変化）	
	☐ 不明	
	② 中枢神経系に帰することのできる限局性または多発性所見について、該当項目を全て選択	
	以下のいずれかの症状が初めて発現した日（平成・令和 年 月 日）	
	☐ 脳症（例：意識レベルの低下または変容、嗜眠、または人格変化が24時間以上続く） ☐ 限局性皮質徴候（失語症、失読症、失書症、皮膚盲などを含むが、これらに限らない） ☐ 脳神経の単一または複数の異常 ☐ 視野の単一または複数の欠損（小児であれば、他覚的な眼科的検査の代用も可能である） ☐ 原始反射（パピンスキー徴候、眉間反射、口とがらし反射または吸引反射）の存在 ☐ 運動麻痺（広汎性または限局性、限局性であることが多い） ☐ 感覚異常（感覚レベルはある場合も、ない場合もある） ☐ 深部腱反射の変化（反射減弱または亢進、反射の非対称性） ☐ 小脳の機能障害（運動失調症、測定障害、小脳性眼振など） ☐ その他（ ）	
☐ 不明		
3. 画像検査 （磁気共鳴画像診断（MRI）撮像）	☐ 実施	検査日（平成・令和 年 月 日）
		該当項目を全て選択
		☐ びまん性または多発性の白質病変が、T2強調画像・拡散強調画像（DWI）、もしくはFLAIR画像（T1強調画像によるガドリニウム増強はあってもなくてもよい）において認められる ☐ 以下のような所見がある。（認められる所見を全て選択） ☐ 大脳白質優位の、びまん性、境界不鮮明で、大きな（>1-2cm）病変を認める ☐ 白質のT1低信号病変を認めない ☐ 深部灰白質病変（例：視床または基底核）を認める
		☐ 以下の多発性硬化症のMRI基準の二つとも、もしくはいずれかを満たさない <MRIによる空間的多発の証明> 4つの中枢神経領域（脳室周囲、皮質直下、テント下、脊髄）のうち少なくとも2つの領域にT2病変が1個以上ある（造影病変である必要はない。脳幹あるいは脊髄症候を呈する患者では、それらの症候の責任病巣は除外する。） <MRIによる時間的多発の証明> 無症候性のガドリニウム造影病変と無症候性の非造影病変が同時に存在する（いつの時点でもよい。）。あるいは基準となる時点のMRIに比べてその後（いつの時点でもよい。）に新たに出現した症候性または無症候性のT2病変及び/あるいはガドリニウム造影病変がある。
		☐ その他（ ）
	☐ 未実施	
☐ 不明		

4. 疾患の経過	発症から最終観察までの期間 か月	
	疾患は単相パターンである（該当項目を全て選択）	
	☐ 症状のナディア（臨床症状が最悪である時期）から最低3か月以内の再発がない ☐ 発症後の3か月以内には臨床症状や画像上の変動はあってもよいが、3か月以降は症状の再発はない	
	疾患の単相パターンを示すには観察期間が不十分である（該当項目を全て選択）	
	☐ 症状のナディアから最低3か月以内の再発がないことを記録するには追跡期間が不十分である ☐ 発症後の観察期間が3か月以内である	
	☐ 不明	
5. 鑑別診断	該当項目を全て選択	
	☐ 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する	
	☐ 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した	
	☐ MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない	
	☐ 不明	
6. 髄液検査	☐ 実施	検査日（平成・令和 年 月 日）
		細胞数（ ） / μ L 糖（ ） mg/dL 蛋白（ ） mg/dL
		オリゴクローナルバンド
		☐ あり ☐ なし
		IgGインデックスの上昇
	☐ あり ☐ なし	
	☐ その他（ ）	
☐ 未実施		
☐ 不明		
7. 自己抗体の検査	☐ 実施	検査日（平成・令和 年 月 日）
		抗AQP4抗体
		☐ 陽性 ☐ 陰性
		抗MOG抗体
	☐ 陽性 ☐ 陰性	
	☐ その他（ ）	
☐ 未実施		
☐ 不明		

ギラン・バレ症候群（GBS）調査票

1. 臨床症状	① 以下の臨床症状について該当項目を全て選択		
	☐ 両側性かつ弛緩性の上肢や下肢の筋力低下（発現日 平成・令和 年 月 日） ☐ 筋力低下を来した上肢や下肢における深部腱反射の低下または消失 ☐ 不明		
	② 報告時点までの、症状の極期におけるHughesの機能尺度分類（当てはまるものを一つ選択） ☐ 0：正常 ☐ 1：軽微な神経症候を認める ☐ 2：歩行器、またはそれに相当する支持なしで5mの歩行が可能 ☐ 3：歩行器、または支持があれば5mの歩行が可能 ☐ 4：ベッド上あるいは車椅子に限定（支持があっても5mの歩行が不可能） ☐ 5：補助換気を要する ☐ 6：死亡 ☐ 不明		
2. 疾患の経過	☐ 単相の疾患パターンを有し、筋力低下の発現から最悪の状態までの間隔が12時間から28日間であって、その後臨床的安定期を迎えた（報告時点までの内容を元に選択） ☐ その他（ ） ☐ 不明		
	☐ 実施 検査日（平成・令和 年 月 日） ☐ GBSと一致する（該当項目を全て選択） ☐ 運動神経伝導速度の低下 ☐ 遠位潜時の延長 ☐ 異常な時間的分散 ☐ 伝導ブロック ☐ M波振幅の低下 ☐ F波出現頻度の低下 ☐ F波潜時の延長 ☐ その他、GBSに合致する所見 ☐ GBSとは一致しない ☐ 未実施 ☐ 不明		
	☐ 実施 検査日（平成・令和 年 月 日） 細胞数（ ）/ μ L 糖（ ）mg/d 蛋白（ ）mg/dL ☐ 蛋白細胞解離あり（検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および、50細胞/ μ Lを下回るCSF総白血球数） ☐ 蛋白細胞解離なし ☐ 未実施 ☐ 不明		
4. 髄液検査	☐ 実施 検査日（平成・令和 年 月 日） 細胞数（ ）/ μ L 糖（ ）mg/d 蛋白（ ）mg/dL ☐ 蛋白細胞解離あり（検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および、50細胞/ μ Lを下回るCSF総白血球数） ☐ 蛋白細胞解離なし ☐ 未実施 ☐ 不明		
	☐ 実施 検査日（平成・令和 年 月 日） 細胞数（ ）/ μ L 糖（ ）mg/d 蛋白（ ）mg/dL ☐ 蛋白細胞解離あり（検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および、50細胞/ μ Lを下回るCSF総白血球数） ☐ 蛋白細胞解離なし ☐ 未実施 ☐ 不明		
	☐ 実施 検査日（平成・令和 年 月 日） 細胞数（ ）/ μ L 糖（ ）mg/d 蛋白（ ）mg/dL ☐ 蛋白細胞解離あり（検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および、50細胞/ μ Lを下回るCSF総白血球数） ☐ 蛋白細胞解離なし ☐ 未実施 ☐ 不明		
5. 鑑別診断	別表に記載されている疾患等の他の疾患に該当しない（別表参照） ☐ はい ☐ いいえ 該当疾患名（ ） ☐ 不明		
	6. 画像検査 （磁気共鳴画像診断（MRI）撮像）	☐ 実施	検査日（平成・令和 年 月 日） 該当項目を全て選択 ☐ 脊髄灰白質病変 ☐ 馬尾の造影病変 ☐ その他 部位（ ） 所見（ ）
		☐ 未実施	
☐ 不明			

血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）(TTS)調査票

「血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※新型コロナウイルスワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を西暦で記載。						
1. 臨床症状/所見	☐ 意識障害	年 月 日)	☐ 視覚異常(霧視, 複視など)	年 月 日)	☐ 頭痛	年 月 日)
	☐ 精神症状	年 月 日)	☐ 失語症・構音障害 (	年 月 日)	☐ 痙攣	年 月 日)
	☐ 半側空間無視	年 月 日)	☐ 運動失調性歩行 (	年 月 日)	☐ 脳症	年 月 日)
	☐ うっ血乳頭	年 月 日)	☐ 眼球運動異常 (	年 月 日)		
	☐ 顔面麻痺	年 月 日)	☐ 局所運動麻痺 (	年 月 日)		
	☐ 片麻痺 (	年 月 日)	☐ 脳の機能の局在に一致した神経症状	年 月 日)		
	☐ 胸痛 (	年 月 日)	☐ 血圧低下	年 月 日)	☐ 頻脈	年 月 日)
	☐ チアノーゼ	年 月 日)	☐ 突然死 (	年 月 日)	☐ 不整脈	年 月 日)
	☐ 息切れ (	年 月 日)	☐ 頻呼吸 (	年 月 日)	☐ 喀血	年 月 日)
	☐ 咳嗽 (	年 月 日)				
☐ 腹痛 (	年 月 日)	☐ 悪心・嘔吐	年 月 日)	☐ 下痢	年 月 日)	
☐ 腹部膨満	年 月 日)	☐ 血便 (	年 月 日)	☐ 腹水	年 月 日)	
☐ 肝腫大 (	年 月 日)					
☐ 下肢の腫脹 (	年 月 日)	☐ 四肢の疼痛、圧痛を伴う局所的な腫脹	年 月 日)			
☐ 四肢の発赤/変色/熱感/圧痕を残す浮腫	年 月 日)	☐ 点状出血/皮下出血/紫斑/出血傾向(	年 月 日)			
☐ その他 (	年 月 日)					
※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記西暦 年 月 日)						
2. 検査所見	初回検査日 (西暦 年 月 日)		経過中の最低値*1 または最高値*2			
	<血算>					
	スメアでの凝集所見	☐ あり ☐ なし ☐ 未実施				
	白血球数	(/ μ L)				
	赤血球数	($\times 10^4$ / μ L)				
	血色素	(g/dL)				
	ヘマトクリット	(%)				
	血小板数	($\times 10^4$ / μ L)	($\times 10^4$ / μ L) *1			
	平時の血小板数*	($\times 10^4$ / μ L)				
	* 把握が可能な場合のみ記載。					
	<凝固系検査>					
	PT	(秒)				
	PT-INR	()	() *2			
	APTT	(秒)				
	フィブリノゲン	(mg/dL)	(mg/dL) *1			
D-ダイマー	(μ g/mL)	(μ g/mL) *2				
FDP	(μ g/mL)					
抗血小板第4因子抗体 (抗PF4抗体)	検査日 (西暦 年 月 日)					
検査方法	☐ 陽性 () ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 検査中 (法) 例; ELISA法					
抗HIT抗体 (抗PF4-ヘパリン複合体抗体)	検査日 (西暦 年 月 日)					
検査方法	☐ 陽性 (U/mL) ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 検査中 (法) 例; ラテックス凝集法、CLIA法					
SARS-CoV-2検査	検査日 (西暦 年 月 日)					
検査方法	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 検査中 ☐ 核酸増幅法 (PCR / LAMP) ☐ 抗原定性検査 ☐ 抗原定量検査 ☐ その他 ()					
その他の特記すべき検査	☐ あり ☐ なし 検査日 (西暦 年 月 日) ()					

3.画像検査	超音波検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 撮影部位 ☐ 頸部 ☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 下肢 ☐ その他（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	CT検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 下肢 ☐ その他（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	MRI検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 下肢 ☐ その他（ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	血管造影検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 撮影部位 （ ） 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	肺換気血流シンチグラフィー ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
	胸部X線検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 血栓・塞栓症の所見 ☐ 示唆する所見あり ☐ なし ※肺門部肺動脈拡張、末梢肺血管陰影の消失、無気肺、心拡大等の所見があれば記載。 []
	その他の特記すべき検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載。 []
4. 外科的処置/ 病理学的検査	外科的処置 ☐ 実施 処置日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 処置名 ; （ ）例；血栓摘出術 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。 []
	病理学的検査 ☐ 実施 検査日（西暦 年 月 ☐ 未実施 ☐ 不明 血栓・塞栓症の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※所見がある場合は詳細な部位とその所見を記載。 []

5. その他	診断病名 (複数選択可)			
	☐ 脳静脈洞血栓症またはその他の脳静脈血栓症	☐ 脳卒中	☐ 深部静脈血栓症	
	☐ 心筋梗塞	☐ 肺血栓塞栓症	☐ 動脈血栓症	
	☐ 腹腔内血栓症	☐ その他（ ）		
	除外した疾患 ☐ あり ☐ なし (複数選択可)			
☐ ヘパリン起因性血小板減少症	☐ 血拴性微小血管症			
☐ 免疫性血小板減少症	☐ 播種性血管内凝固症候群			
☐ 抗リン脂質抗体症候群	☐ 発作性夜間ヘモグロビン尿症			
☐ その他（ ）				
COVID-19の罹患歴				
☐ あり（罹患時期：西暦 年）	☐ なし	☐ 不明		
ヘパリンの投与歴（発症日までの100日間の投与の有無を記載）				
☐ あり（最終投与日：西暦 年）	☐ なし	☐ 不明		
（投与理由； ）				
血拴のリスクとなる因子 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明				
※発症時に以下の状態があればチェックを入れ、疾患名を記載。 (複数選択可)				
☐ 妊娠/産褥期	☐ 脱水	☐ 喫煙	☐ 中心静脈カテーテル留置(PICC ^{*2} を含む)	
☐ 不動(長期臥床など)	☐ 重症貧血	☐ 糖尿病	☐ ホルモン治療または経口避妊薬内服	
☐ 肥満 (BMI;)		☐ 外傷 (疾患名;)		
☐ 遺伝性血拴疾患 (疾患名;)		☐ 慢性肝疾患 (疾患名;)		
☐ 悪性腫瘍 (疾患名;)		☐ 最近の1年間の手術 (疾患名;)		
☐ 骨髄増殖性腫瘍 (疾患名;)		☐ 炎症疾患または免疫疾患 (疾患名;)		
☐ 感染症 ^{*1} (疾患名;)		☐ その他()		

^{*1} 新型コロナウイルス感染症を除く ^{*2} PICC: peripherally inserted central catheter

心筋炎調査票

※ 本調査票は「心筋炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心膜炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心膜炎」調査票にご記入ください。

「心筋炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	☐ 実施 検査日 (年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 検査の種類 ☐ 剖検 ☐ 心内膜心筋生検 心筋組織の炎症所見 ☐ あり ☐ なし ※所見がある場合は詳細を記載。 			
2. 臨床症状/所見	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 下記の臨床症状/所見の有無 ☐ あり ☐ なし ☐ 急性発症の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) ☐ 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) ☐ 動悸 (年 月 日) ☐ 発汗 (年 月 日) ☐ 突然死 (年 月 日) ☐ めまい/失神 年 月 日) ☐ 倦怠感 (年 月 日) ☐ 浮腫 (年 月 日) ☐ 腹痛 (年 月 日) ☐ 咳嗽 (年 月 日) ☐ その他 (年 月 日) 			
	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 ☐ 易刺激性 (年 月 日) ☐ 嘔吐 (年 月 日) ☐ 哺乳不良/食欲低下 年 月 日) ☐ 多呼吸 (年 月 日) ☐ 活気不良 (年 月 日)			
	※発症日(上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。) (年 月 日)			
	血液検査 トロポニンT 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (ng/mL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 トロポニンI 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (ng/mL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 CK 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (U/L) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 CK-MB 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (U/L) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 CRP 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (mg/dL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 高感度CRP 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (mg/dL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 ESR (1時間値) 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (mm) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 D-ダイマー 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (μg/mL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 その他の特記すべき検査 ☐ あり ☐ なし 検査日 年 月 日) ()			
	3. 検査所見			

心膜炎調査票+A1:AC55

※ 本調査票は「心膜炎」を認めた場合にご記入ください。「心筋炎」と「心膜炎」の両方を認めた場合は、「心筋炎」「心膜炎」の2つの調査票にご記入ください。「心筋炎」のみを認めた場合は、この調査票ではなく、「心筋炎」調査票にご記入ください。

「心膜炎」について、ワクチンとの因果関係評価に重要な情報となるため、必ずすべての項目を記載いただくよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。また、記載にあたっては、関連する医療機関における接種の状況や経過などの情報を可能な限りまとめて、いずれかの医師等から、報告するようお願いいたします。

※日付は西暦で記載してください。

1. 病理組織学的検査	☐ 実施 検査の種類 心膜組織の炎症所見 ※所見がある場合は詳細を記載。 	☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 剖検 ☐ 心膜生検 ☐ なし
	※ワクチン接種後に、新規に発症した症状/所見にチェックを入れ、発症日を括弧内に記載。 心嚢液貯留を疑う身体診察所見 ☐ あり ☐ なし ☐ 心膜摩擦音 (年 月 日) ☐ 奇脈 (年 月 日) ☐ 心音減弱 (乳幼児/小児) 年 月 日) ☐ その他 (年 月 日) 	
2. 臨床症状/所見	下記の臨床症状/所見の有無 ☐ あり ☐ なし ☐ 急性の胸痛又は胸部圧迫感 (年 月 日) ☐ 労作時、安静時、又は臥位での息切れ (年 月 日) ☐ 動悸 (年 月 日) ☐ 発汗 (年 月 日) ☐ 突然死 (年 月 日) ☐ 咳嗽 (年 月 日) ☐ 脱力感 (年 月 日) ☐ 肩痛 / 上背部痛 年 月 日) ☐ 嘔気 / 嘔吐 / 下痢 年 月 日) ☐ チアノーゼ 年 月 日) ☐ 精神状態の変化(年 月 日) ☐ 倦怠感 (年 月 日) ☐ 浮腫 (年 月 日) ☐ 間欠的な発熱 年 月 日) ☐ その他 (年 月 日) 	
	※乳幼児/小児の場合は下記についても記載してください。 ☐ 易刺激性 (年 月 日) ☐ 多呼吸 (年 月 日) ☐ 哺乳不良/食欲低下 年 月 日) ☐ 活気不良 (年 月 日) ※発症日 (上にチェックした症状のうち、いずれか早い日を記載。)(年 月 日)	
3. 検査所見	血液検査 トロポニンT 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (ng/mL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 トロポニンI 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (ng/mL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 CK 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (U/L) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 CK-MB 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (U/L) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 CRP 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (mg/dL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 高感度CRP 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (mg/dL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 ESR (1時間値) 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (mm) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 D-ダイマー 検査日 年 月 日) ☐ 上昇あり (μg/mL) ☐ 上昇なし ☐ 未実施 ☐ 検査中 その他の特記すべき検査 ☐ あり ☐ なし 検査日 年 月 日) ()	

4. 画像検査	心臓超音波検査 ☐ 実施 検査日 年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 異常な心嚢液貯留 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 心膜の炎症所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	心臓MRI検査 ☐ 実施 検査日 年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 異常な心嚢液貯留 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 心膜の炎症所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	胸部CT検査 ☐ 実施 検査日 年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 ☐ 造影あり ☐ 造影なし 異常な心嚢液貯留 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし 心膜の炎症所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	直近の冠動脈検査 ☐ 実施 ☐ 未実施 ☐ 不明 検査方法 ☐ 血管造影検査 検査日 (年 月 日) ☐ 冠動脈CT検査 検査日 (年 月 日) ☐ 冠動脈MRI検査 検査日 (年 月 日) ☐ その他 () 検査日 (年 月 日) 冠動脈狭窄 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※冠動脈狭窄がある場合には、部位と所見を記載。
	胸部X線検査 ☐ 実施 検査日 年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 心拡大の所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ☐ その他
	その他の画像検査 ☐ 実施 検査日 年 月 日) ☐ 未実施 検査方法 () 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※詳細な部位と所見を記載（心臓超音波検査を複数回実施した場合はここに2回目の所見を記載）。
5. 心電図検査	心電図検査 ☐ 実施 検査日 年 月 日) ☐ 未実施 ☐ 不明 異常所見 ☐ あり ☐ 疑う ☐ なし ※新規出現又は回復期に正常化した所見を選択してください。 ☐ 広範な誘導における上に凹型のST上昇 ☐ aVR誘導におけるST低下 ☐ ST変化の対側性変化（ST低下）を認めない誘導全般におけるPR低下 ☐ 上記以外の非特異的な異常所見 ※詳細な部位と所見を記載。
6. 鑑別診断	該当項目を選択 ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定されている（例：心筋梗塞、肺塞栓症、縦隔炎） ☐ 臨床症状 / 所見を説明可能なその他の疾患が否定できない ☐ 不明

副反応報告通知別紙様式 2

予防接種後副反応疑い報告書

※厚生労働省(PMDA)記載欄

印刷後、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)にFAXで送信してください。
FAX番号(0120-176-146)
新型コロナワクチン専用 FAX番号(0120-011-126)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別	
-------------------------	--

患 者 (被接種者)	フリガナ			性別	接種時年齢	年齢(0歳児)
	氏名又は イニシャル	(定期、臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)				
	住 所			生年月日		

報告者	氏 名			
	医療機関名	電話番号		
	住 所			

接種場所	医療機関名			
	住 所			

ワクチン ①～⑩は問 答 欄 に 記載したものを選択	接種 種別	ワクチン の種類	ロット 番号	製造販売業者名	接種回数	接種日	
	①						
	②						
	③						
	④						
	⑤						
	⑥						
	⑦						
	⑧						
	⑨						
	⑩						

接種の状況	出生 体重	グラム	接種前 の体温	度 分	家族歴	
	患者が乳幼児の場合に記載					
	予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)					

医療機関名

年齢 (歳) 性別 印刷日時: 20xx/xx/xx xx:xx

症状の概要	症状	定期接種の場合で報告基準に該当する場合に○がついています。ご確認ください。									
	発生日時					発生までの日数			本剤との因果関係		
	他要因(他の疾患等)の可能性の有無										
概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)							製造販売業者への情報提供				
症状の程度	程度					入院の場合	病院名				
	1.死亡						医師名				
	2.障害						入院日				
	3.死亡につながるおそれ						退院日				
	4.障害につながるおそれ										
	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										
症状の転帰	転帰日					後遺症(症状)					
	1.回復										
	2.軽快										
	3.未回復										
	4.後遺症										
	5.死亡										
	6.不明										
報告者意見											
報告回数											

(別紙様式3)

予防接種後に発生した症状に関する報告書 (保護者報告用)

患 者 (予防接種を受けた者)	氏 名		性別	1 男 2 女	接種時 年 齢	歳	月
	住 所				生年月日	T H S R	年 月 日生
	保護者氏名		電話番号				
予防接種を 実施した者 (医師名等)	氏 名						
	医療機関名					電話番号	
	住 所						
今回報告する 症状を診断 した医師 (※)接種者と 異なる場合	氏 名	 1 主治医 2 その他 ()					
	医療機関名					電話番号	
	住 所						
接種の状況	接 種 日	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時 分
	接種した ワクチンの種類				ワクチンの ロット番号		
	同時接種した ワクチン				同時接種した ワクチンの ロット番号		
	予防接種前間の診時での留意点(アレルギー・基礎疾患・発育・最近1カ月以内のワクチン接種や病気等)						
	1 有 { 2 無 }						
今回報告する 症状の概要	診断名						
	発生時刻	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時 分
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)						
予 後	1 死亡 (剖検所見)						
	2 入院 (病院名: 入院日 . . . 退院日 . . .)						
	3 後遺症 ()						
	4 その他 ()						
回復状況	1 回復している 2 まだ回復していない 3 不明						

実施要領様式第 6

コッホ現象事例報告書

保健所

山陽小野田市

氏名		生年月日		年	月	日	(男・女)
住所				保護者氏名			
接種年月日		年		月	日	B C G ワクチンロット	
		(または生後_____か月)					
局所変化の状況・経過（初めて気付いた時期：年 月 日）							
結核患者との接触状況							
精 密 検 査 ※	ツ反：_____×_____ (×)			判定			
	× IGRA (実施の場合：QFT, T-Spot TB)			非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、 その他 ()			
	結果：						
	胸部エックス線検査所見			事後措置/転帰			
				終了(異常所見または症状出現時受診)			
	※ CT (実施の場合)			経過観察(_____か月後)			
				潜在性結核感染症治療			
				結核治療(診断名：_____)			
				他医療機関紹介			
				その他 (_____)			
年 月 日							
医療機関名							
作成者医師（署名又は記名押印）							

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。

このことを理解の上、本報告書が市町村及び都道府県（保健所）に報告されることに同意します。

保護者自署_____