

令和 8 年度の定期予防接種（A 類）の実施について

（RSウイルス感染症予防接種を除く）

岐阜市に住民登録のある人が対象者です。住民票が岐阜市でない場合や、接種対象者に該当しない人への接種は、岐阜市で委託料をお支払いできません。ご注意ください。

1 予防接種予診票

- (1)原則、黒のボールペン等で記入するように保護者への指導をお願いします。
(鉛筆、消えるペンは不可)
- (2)問診後、「保護者自署」欄への保護者自署（サイン）が必要です。満 16 歳以上の人への接種を行う場合は、予診票表面右下の「保護者自署」欄の「保護者」の文言を二重線で訂正し、被接種者に自署させてください。
- (3)氏名、生年月日、住所を必ず本人確認書類等で確認してください。
住所が岐阜市であることを必ずご確認ください。

<注意事項>

- ・氏名、生年月日等を確認し、間違いがあった場合は、誤りを二重線で消し、余白等にボールペン等で記入すること
- ・予診票は 5 年保存であるため、記載内容が 5 年以上明瞭に確認できること
- ・岐阜市の予診票をお持ちでない場合は、まず
岐阜市保健所感染症・医務薬務課に問い合わせるようご案内ください。

<岐阜市母子健康手帳別冊にない予診票の個別送付時期>

予防接種名	送付対象と時期	医療機関に設置※
日本脳炎第 2 期	9 歳の誕生日の翌月	-
HPV	小学 6 年生の 5 月頃	○
DT 第 2 期	11 歳の誕生日の翌月	-

※予診票等が不足する場合は、医師会もしくは保健所感染症・医務薬務課（4 階）でお渡ししますので、開館・開庁時間内にご来所ください。

2 接種対象年齢の確認

- ・接種前に予防接種対象年齢と学年も確認してください。
該当しない人への接種は定期接種として認められませんので、委託料をお支払いできません。また、健康被害が生じた場合、予防接種法に基づく救済制度は適用されない場合があります。予防接種ガイドライン等で必ず確認してください。

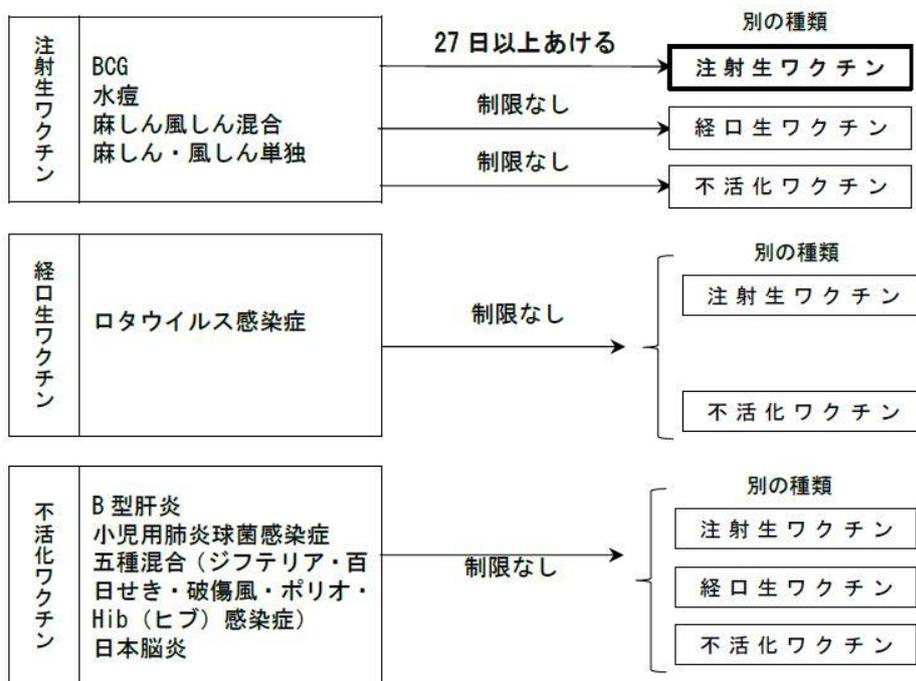
<間違い接種が起こりやすいワクチン>

- (例) DT (ジフテリア、破傷風) 第 2 期 : 11 歳以上 13 歳未満
 (中学 1 年生でも 12 歳であれば接種可)
- MR (麻しん風しん) 第 1 期 : 1 歳以上 2 歳未満
- MR (麻しん風しん) 第 2 期 : 年長児 (小学校就学前 1 年間)
(5 歳の年中児、6 歳の小学 1 年生は不可)

対象が接種時年齢の予防接種と学年年齢の予防接種があります。ご注意ください。

3 接種間隔の確認

- ・予防接種ごとの接種間隔については、予防接種ガイドライン等で必ず確認してください。他の予防接種との接種間隔については、下記を参考にしてください。



4 接種間違い

- ・毎年数件、接種間違いがあり、報告の必要があります。必ず母子手帳で、接種履歴を確認してください。特に、同じ種類のワクチンとの接種間隔間違い、対象年齢以外の接種、有効期限切れのワクチン接種などが見受けられます。

接種間違いのないよう細心の注意をお願いするとともに、特に下記の項目についてご確認ください。

- ワクチンは適切に保管されているか
- 接種するワクチンの種類は適切か
- 兄弟、親子でワクチンを取り間違えていないか
- ワクチンは有効期限内か
- ワクチンは不具合のある (自主回収等されている) ロットのものではないか
- 接種量は適切か (日本脳炎 3 歳未満は 0.25ml など)
- 接種方法は適切か (BCG 管針を用いて 2 か所に圧刺など)
- 接種器具は未使用のものか

- ・接種間違いがありましたら、まずは**被接種者の健康被害の有無**を確認した上、**岐阜市保健所感染症・医務薬務課へ報告**をお願いします。
- ・再接種の必要性など不明なことは、岐阜県予防接種センターのQ & A集をぜひご参照ください。

<参考> 予防接種における間違いを防ぐために(2025年4月改訂版) 厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkakukansenshou/keihatsu_tool/index.html

5 接種時の予防接種後副反応等に関する説明及び同意

- ・予防接種後に起こり得る副反応等について保護者等にご説明をお願いします。保護者に配布されている「予防接種と子どもの健康」等に記載されています。
- ・また、**予防接種健康被害救済制度**をご説明いただき、**保護者等がその内容を理解して同意の上、接種してください。**
- ・**保護者等の同意のない接種は、間違い接種となります。**

6 予診票の医師記入欄

- ・医師署名又は記名押印欄：**医師が署名する（自署）又は記名押印（自署以外によって記された氏名に押印する）**してください。

※押印のみの予診票は受理できません。

- ・**予防接種を見合わせる場合**

基礎疾患（アレルギー、てんかん等）がある等の理由で、貴院での接種が困難な場合は、予診票の「見合わせる」を○で囲い、医師の記入欄又は欄外に**接種できない理由**を記入してください。また、**保護者にその予診票を渡し、岐阜市保健所へ連絡して新しい予診票に差し替える手続き**をするようお伝えください。

なお、予診のみでの委託料はお支払いできません。

7 母子健康手帳への記入

- ・母子健康手帳の「予防接種の記録」欄に**ワクチンの種類（LOT No.）、ワクチンの使用期限、接種年月日、接種者名、医療機関名、接種部位（左右）**等を記入してください。

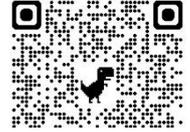
8 予防接種後副反応等

- ・予防接種法施行規則第5条に規定する症状を診断した場合には、予防接種後副反応疑い報告を「電子報告システム」からご提出ください。記載誤り等防止の観点からも電子報告をご利用ください。電子報告が困難な場合は厚生労働省の「**予防接種後副反応疑い報告書**」に記載の上、次の送付先に FAX にて送付ください。

電子報告システム(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)

URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

FAX: 0120-176-146



電子報告システム

※予防接種による反応かどうかを判断する必要はありません。報告基準の反応が確認された場合はすべてご報告をお願いします。

※副反応の報告基準は、厚生労働省ホームページ、予防接種ガイドラインをご参照ください。(市ホームページからでも参照いただけます。)

9 BCG の予防接種後のコッホ現象

「**コッホ現象**」は、BCG 接種後出現する局所の発赤や化膿などの反応が、より**早期に始まり、やや強く出る**現象で、お子さんが**既に結核に感染している**ことが強く疑われます。接種後 1～2 日、遅くとも 7 日以内に接種部位の発赤や腫れ、膿(うみ)が出現すればコッホ現象を疑ってください。10 日以上たっていれば心配ありません。正常な経過では、BCG 接種後しばらくはほとんど変化がなく、10 日から 2 週間ほどして針あとに一致して赤いボツボツが現れます。6 週間ごろが最も反応が強く膿(うみ)がたまることもあります。3～4 か月すると痂皮もとれて癬痕だけになります。

注意が必要なのは、「**コッホ現象類似反応**」で、2 相性の反応を示す場合です。コッホ現象と同じく、1～2 日後の早期に一時的な局所反応がみられますが、化膿に至ることはまれで、急速に治まります。約 10 日から 2 週間後に再び通常の局所反応が確認できれば、特に対応は不要です。

<コッホ現象が疑われた場合の対応>

- ① ツベルクリン反応検査を 1 週間以内、遅くとも 2 週間以内に実施(2 週間を過ぎると BCG による陽転と鑑別が困難)。陽性の場合、コッホ現象と診断されます。なお、コッホ現象類似反応でも弱陽性を示す場合があります。
IGRA (QFT や T-spot) は、乳児の場合、陰性でも感染を否定できません。
- ② 結核患者との接触を確認する。
- ③ 必要に応じ、胸部エックス線検査を実施する。
- ④ 経過を追って局所の写真を残す。

・コッホ現象と診断された場合は、「**コッホ現象事例報告書**」(様式第七)を作成し、保護者の同意(署名)を得た上で、**岐阜市保健所感染症・医務薬務課**へご提出ください。

※報告書は、厚生労働省又は市ホームページからダウンロードしてください。

10 二種混合（ジフテリア、破傷風）DT 第2期予防接種

- ・五種混合第1期接種（4回）が終了していない場合は、DT 第2期接種による効果及び第1期末接種分の接種方法等についてご説明ください。

11 ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、Hib 予防接種

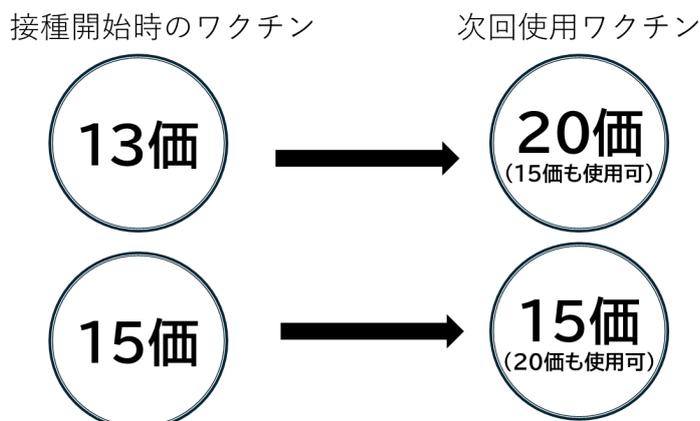
- ・四種混合ワクチンの販売終了を受け、令和8年度から四種混合ワクチンは定期接種で使用できるワクチンから削除されました。
- ・第一期の接種を四種混合ワクチンで開始している場合、残りの接種は既に接種された Hib ワクチンの回数によらず、五種混合ワクチンを使用してください。
- ・令和6年4月以前に生まれた児は五種混合予防接種予診票が手元にないため、保健センターで差し替えることができます。また、四種混合予防接種予診票を持って来院された場合は、次の方法でご提出ください。

- ▶ 「四種」を二重線で消して「五種」と修正
- ▶ 使用ワクチン、接種方法の明記（**筋肉内注射の場合はその旨記載**）
- ▶ 予診票下部の接種コード 40004 4 を 40004 5 に修正
- ▶ **未使用の Hib 感染症予防接種予診票を母子健康手帳別冊から切り取り、五種混合予防接種に修正した予診票とセットにし、ホチキス留して請求の際に提出**（Hib 予診票が使用済みなどで手元にない場合は、五種混合に訂正した予診票のみで提出）。

12 小児用肺炎球菌感染症予防接種

- ・使用するワクチンは 20 価ワクチンです。（当面の間は 15 価ワクチンも使用可）
- ・15 価、20 価ワクチンに対応した予診票が手元にない人が接種した場合は予診票に使用ワクチン、接種方法の明記（**筋肉内注射の場合はその旨記載**）をお願いします。

〈使用ワクチン〉



1 3 麻しん・風しん予防接種

- ・令和6年度にMRワクチンの供給に偏在があったことから、下記の対象者は、**令和7年4月1日～令和9年3月31日**の2年間接種ができます。

〈対象者〉

MR 第1期	令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれ
MR 第2期	平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれ
風しん第5期	昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性で 令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、 風しんの抗体が不十分であった人 ※令和7年度以降、抗体検査を実施した人は対象外

〈接種をする場合〉

MR 第1、2期

予診票の欄外右上に「Ⓞ」と記入してご請求ください。

風しん第5期

接種前に必ず保健所にご連絡ください。個別にご案内させていただきます。

1 4 ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症予防接種

重要

- ・HPVワクチンのキャッチアップ接種（経過措置期間）はすべて終了しました。
- ・定期接種に使用できるワクチンは、**9価のみになりました。**
(2価・4価は定期接種から除外)。
2価・4価で接種を開始した場合であっても、9価ワクチンを使用してください。

〈接種スケジュール〉



※1 1回目の接種を15歳の誕生日の前日（15歳未満）までに受ける場合、**2回接種が可能。**1回目と2回目の接種は、少なくとも6か月（最低5か月以上）の間隔をあけます。5か月未満である場合、3回目の接種が必要になります。**2回接種対象者も被接種者・保護者の希望で、3回接種することは可能です。**

※2・3 1回目の接種を15歳になってから受ける場合は**3回接種。**2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の2か月後と6か月後にできない場合、2回目は1回目から1か月以上（※2）、3回目は2回目から3か月以上（※3）あけます。

<接種に当たっての留意点>

- ・接種の相談を受けた場合や接種のために受診した場合は、HPV ワクチン接種の **有効性・安全性等について十分に説明をしてください。**
- ・接種後に症状が生じた方から相談を受けた場合は、厚生労働省ホームページに掲載されている「HPV ワクチンの接種に関する医療従事者向けリーフレット」等を参考にして適切に対応するとともに、副反応疑い報告を行うかご検討ください。
- ・ **保護者自署欄、保護者同伴等の対応については、下表を参考にしてください。**

年齢	対応
小学6年生～13歳未満の女子	保護者の同伴及び同意、保護者自署 が必要です。
13歳以上～16歳未満の女子	市が個別に送付した説明書をよく読んでいただいたうえで、予診票表面右下の自署欄に保護者が同意した署名があれば、 保護者の同伴は不要 です（保護者の連絡先を必ず確認してください）。
16歳以上の女子	保護者の同意及び同伴は不要 です。 予診票表面右下の自署欄は、被接種者に自署させてください。

<参考>

令和7年度 HPV ワクチンの接種に係る医療機関向け研修会（動画）

厚労省専用 Youtube チャンネル

動画 URL https://youtu.be/2uDvH3CfSnw?si=PNjYpnauhVeW_9-M



15 長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったこと等により定期予防接種の機会を逸した人について

- ・免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病にかかった等、特別な理由により定期接種の機会を逃がした人に対し、2年を経過する日までの間（厚生労働省令で定める特定疾病にあっては、厚生労働省令に定める年齢）、定期接種の対象にすることができます。
※定期接種として実施するにあたり、保護者が事前に保健所へ、専用の予診票等の交付申請を行う必要があります。市ホームページ「長期療養特例について」をご確認いただき、必要事項の記載にご協力をお願いいたします。

16 委託料の請求

- ・市医師会員は、当月分を予防接種委託料請求内訳書(3枚複写)により翌月の10日までに**予診票を添えて、市医師会に提出**してください。
- ・市医師会員でない場合は、当月分を予防接種委託料請求書により、翌月の10日までに**予診票を添えて、岐阜市保健所に提出**してください。

<請求にあたっての注意事項>

- ・予診票には、**接種日、ワクチンの LOT No.、有効期限、接種部位、医療機関名、医師の署名等の記入もれがないよう**ご確認をお願いします。

- ・市医師会員でない場合（直接、岐阜市保健所に請求書を提出する場合）は、**請求書の金額は訂正が認められません**ので、新しい請求書に書き直してください。
- ・令和9年度から複写の請求内訳書を廃止し、エクセルデータで作成することを計画しています。
- ・市ホームページに請求内訳書のデータを公開しています。**金額が自動計算で入り便利**ですので、ぜひ今年度からご活用ください。
※請求書が不足する場合は、市ホームページからデータ版をご利用ください。

17 その他

- ・予防接種法、岐阜市定期予防接種委託実施要領等に基づかない接種、ワクチンの添付文書に記載されている事項から逸脱した接種、有効期限の過ぎたワクチンでの接種等、間違い接種にあたる場合は、委託料を岐阜市に請求することはできません。また、健康被害が生じた場合、予防接種法に基づく救済制度は適用されない場合があります。
- ・令和8年4月から福祉医療費受給者証が新しくなります。
令和7年度までは、**予診票の右下**に予防接種番号（福祉医療費受給者証の上10桁）の記入をお願いしてきましたが、受給者証に記載される番号が変更（10桁から7桁に変更）となることから、**予防接種番号の記入は不要**とします。
※すでに10桁の番号を記入した予診票を被接種者が持参した場合は、消さずにそのままご請求ください。

令和8年3月31日まで有効

福祉医療費受給者証 (子ども)	
受給者番号	
〒	岐阜市
区	
町	
丁目	
番	
号	
氏名	姓 名
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
発行機関名	岐阜県岐阜市長 印
発行年月日	年 月 日

令和8年4月1日以降使用開始

福祉医療費受給者証(子ども)	
負担者番号	81211013 令和8年4月1日交付
受給者番号	XXXXXXXX
氏名	名 岐阜 一郎
生年月日	令和5年5月5日
居住地	岐阜市司町40番地1
有効期間	令和8年4月1日から 令和12年3月31日まで 岐阜県岐阜市長 印

※受給者証はイメージです

令和8年4月1日以降は、左のはがきサイズを受給者証から右のカードサイズの新しい受給者証をご使用ください。

- ・「予防接種を受けた方へ」を、接種後、必要に応じ保護者等に配布してください。
- ・**予防接種ガイドライン**は、関係省令の改正などがあつた場合にお送りいたします。昨年度送付いたしましたガイドラインは、**大切に保管をお願いします**。

市ホームページ「定期予防接種の実施について」（ページ番号 1023393）

トップページ>健康福祉>感染症・予防接種>医療機関の皆様へ



【担当】 岐阜市保健所 感染症・医務薬務課 感染症係

〒500-8309 岐阜市都通 2-19 (058)252-7187