

予防接種の実施における確認事項 (チェックリスト)

このチェックリストは、定期予防接種を実施する際の最小限の注意事項をワクチンごとに示したものです。予防接種を実施する際には、チェックリストの項目だけでなく、対象者ごとに間違いがないか確認をお願いします。

なお、確認事項は、必要に応じて追加して御活用ください。

二種混合(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)

□2期

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは二種混合ワクチン(DT)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は11歳以上13歳未満か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.1mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ポリオ(不活化ポリオワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

※4種混合ワクチンと併用する場合は、それぞれの接種歴を確認し、接種回数及び接種間隔に誤りが無いか十分に確認すること。

□1期初回 (1回目)

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>不活化ポリオワクチン(IPV)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>生後3月から90月(生後3カ月～7歳6カ月)</u> に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	ポリオの定期接種としての <u>初めての</u> 接種であるか？ (経口生ポリオワクチン、海外での不活化ワクチンの接種歴を確認したか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□1期初回 (2回目・3回目)

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>不活化ポリオワクチン</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	今回はポリオの定期接種の初回接種 <u>何回目</u> か？	1期初回2回目	<input type="checkbox"/>
		1期初回3回目	<input type="checkbox"/>
3)	経口生ポリオワクチン、海外での不活化ワクチンの接種歴を確認したか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	被接種者は <u>生後3月から90月(生後3カ月～7歳6カ月)</u> に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	前回の不活化ポリオワクチン接種から <u>20日以上</u> 間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□1期追加

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>不活化ポリオワクチン</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>生後3月から90月(生後3カ月～7歳6カ月)</u> に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	1期初回(3回)の終了後、 <u>6カ月以上</u> 経過しているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4種混合（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン）

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

※3種混合ワクチン、不活化ポリオワクチンと併用する場合は、それぞれの接種歴を確認し、接種回数及び接種間隔に誤りが無いか十分に確認すること。

□ 1 期初回（1 回目）

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは4種混合ワクチン(DPT-IPV)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後3月から90月(生後3カ月～7歳6カ月)に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	3種混合ワクチン(DPT)及びポリオワクチンの接種歴を確認したか？ (接種回数、接種間隔は間違っていないか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□ 1 期初回（2 回目・3 回目）

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは4種混合(DPT-IPV)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	今回は4種混合 1期初回の何回目か？	1期初回2回目	<input type="checkbox"/>
		1期初回3回目	<input type="checkbox"/>
3)	被接種者は生後3月から90月(生後3カ月～7歳6カ月)に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	3種混合ワクチン(DPT)及びポリオワクチンの接種歴を確認したか？ (接種回数、接種間隔は間違っていないか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	前回の4種混合ワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は20日以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□ 追加接種（4 回目）

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは4種混合(DPT-IPV)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後3月から90月(生後3カ月～7歳6カ月)に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	3種混合ワクチン(DPT)及びポリオワクチンの接種歴を確認したか？ (接種回数、接種間隔は間違っていないか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	1期初回(3回)の終了後、6カ月以上経過しているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

結核(経皮接種用乾燥BCGワクチン)

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>BCGワクチン</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>生後1年に至るまでの者</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	所定のスポイトを用いているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種部位は適切か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

日本脳炎(乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

□1期初回 (1回目・2回目)

確認事項			チェック	チェック
1)	接種ワクチンは 日本脳炎ワクチン で間違いないか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	今回は日本脳炎1期初回の何回目か？	1期初回 1回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1期初回 2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	被接種者は 生後6月から90月(生後6カ月～7歳6カ月)に至るまでの者 か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	年齢と接種量は適切か？	3歳未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3歳以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	前回の日本脳炎接種後(翌日起算)から、接種間隔は6日以上であるか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□1期追加

確認事項			チェック	チェック
1)	今回は日本脳炎の 1期追加 か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 生後6月から90月に至るまで(生後6カ月～7歳6カ月)の者 か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	日本脳炎1期初回接種終了後(翌日起算)から、 6カ月以上 経過しているか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	年齢と接種量は適切か？	3歳未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3歳以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2期

確認事項			チェック	チェック
1)	今回は日本脳炎の 2期 か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 9歳以上13歳未満の者 か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は 0.5mL か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

日本脳炎(乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン)

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

■特例対象者

平成7年4月2日～平成19年4月1日の間に生まれた者(20歳未満に限る)で、積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した者に、接種機会を設けるための措置。(平成23年5月20日以降)

□1期

確認事項			チェック	チェック	
1)	被接種者は、平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれであるか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2)	被接種者は、 20歳未満 であるか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3)	被接種者の接種歴は？	a. 未接種(0回)	従来通りの間隔で1期を3回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		b. 1回接種済	1期を残り2回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		c. 2回接種済	1期を残り1回	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	(b、C)前回の日本脳炎ワクチン接種後、 6日以上 経過しているか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5)	接種量は 0.5mL か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
追加欄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

□2期

確認事項			チェック	チェック
1)	今回は日本脳炎予防接種の 2期 か？(1期(3回)は接種済みか？)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は、 9歳以上 であるか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の日本脳炎ワクチン接種後から、 6日以上 経過しているか？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

麻しん・風しん(乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン)

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。
※麻しん風しんの予防接種は2回接種(1期につき接種は1回)

□1期

	確 認 事 項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>麻しん風しん混合ワクチン</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>生後12ヵ月から24ヵ月に至るまでの者(1歳)</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2期

	確 認 事 項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>麻しん風しん混合ワクチン</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者の年齢は <u>就学前の1年間</u> に相当するか(<u>5歳以上7歳未満</u> か？)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

麻しん(乾燥弱毒生麻しんワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

□1期

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>麻しんワクチン(単抗原)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>生後12カ月以上24カ月未満(1歳)</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2期

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>麻しんワクチン(単抗原)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者の年齢は <u>就学前の1年間</u> に相当するか(<u>5歳以上7歳未満</u> か？)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

風しん(乾燥弱毒生風しんワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

□1期

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>風しんワクチン(単抗原)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>生後12カ月以上24カ月未満(1歳)</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2期

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>風しんワクチン(単抗原)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者の年齢は <u>就学前の1年間</u> に相当するか(<u>5歳以上7歳未満</u> か？)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

小児の肺炎球菌感染症（沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン）

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

※初回接種開始時の月齢ごとに接種方法が異なる。

開始が生後2月～7月に至るまでの場合

□初回（1回目）

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは肺炎球菌ワクチン(13価)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□初回（2回目・3回目）

確認事項		チェック	チェック
1)	今回は肺炎球菌ワクチン初回の何回目か？		
	初回の2回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	初回の3回目	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでに1回目を接種した者、かつ生後24月に至るまでの者か？ (※2回目の接種が生後12月を超えた場合、3回目の接種は行わない。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の肺炎球菌ワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は27日以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□追加

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは肺炎球菌ワクチン(13価)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでに1回目を接種した者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	生後12月以降、かつ初回3回目の終了後60日以上経過しているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

小児の肺炎球菌感染症(沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン)

開始が生後7月に至った日の翌日から生後12月に至るまで

□初回 (1回目)

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは肺炎球菌ワクチン(13価)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後7月に至った日の翌日から生後12月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□初回 (2回目)

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は肺炎球菌ワクチン(13価)初回の2回目で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後7月から12月に至るまでに1回目を接種した者、かつ生後24月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の肺炎球菌ワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は27日以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□追加

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは肺炎球菌ワクチン(13価)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後7月から12月に至るまでに1回目を接種した者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	生後12月以降、かつ初回2回目の終了後60日以上経過しているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

小児の肺炎球菌感染症(沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン)

開始が生後12月に至った日の翌日から生後24月に至るまで

□1回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは肺炎球菌ワクチン(13価)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後12月に至った日の翌日から生後24月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は肺炎球菌ワクチンの2回目間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後12月から24月に至るまでに1回目を接種した者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の肺炎球菌ワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は60日以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

小児の肺炎球菌感染症(沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン)

開始が生後24月に至った日の翌日から生後60月に至るまで

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは肺炎球菌ワクチン(13価)で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後24月に至った日の翌日から生後60月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hib感染症(乾燥ヘモフィルスb型ワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

※初回接種開始時の月齢ごとに接種方法が異なる。

開始が生後2月～7月に至るまでの場合

□初回 (1回目)

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンはHibワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□初回 (2回目・3回目)

確認事項		チェック	チェック
1)	今回はHibワクチン初回の何回目か？	初回の2回目	<input type="checkbox"/>
		初回の3回目	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでに1回目を接種した者、かつ生後12月に至るまでの者か？ ※生後12月を超えた場合、初回接種は行わずに初回接種の最後の接種後27日以上の間隔をおいて追加接種を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回のHibワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は27日(医師が認める場合は20日)以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□追加

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンはHibワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでに1回目を接種した者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回3回目の終了後、接種間隔は7月以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hib感染症(乾燥ヘモフィルスb型ワクチン)

開始が生後7月に至った日の翌日から生後12月に至るまで

□初回 (1回目)

	確 認 事 項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンはHibワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後7月に至った日の翌日から生後12月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□初回 (2回目)

	確 認 事 項	チェック	チェック
1)	今回はHibワクチン初回の2回目で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後2月から7月に至るまでに1回目を接種した者、かつ生後12月に至るまでの者か？ ※生後12月を超えた場合、2回目の接種は行わずに1回目の接種後27日以上の間隔をおいて追加接種を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回のHibワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は27日(医師が認める場合は20日)以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□追加

	確 認 事 項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンはHibワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後7月から12月に至るまでに1回目を接種した者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回2回目の終了後、接種間隔は7月以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hib感染症(乾燥ヘモフィルスb型ワクチン)

開始が生後12月に至った日の翌日から生後60月に至るまで

	確 認 事 項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンはHibワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は生後12月に至った日の翌日から生後60月に至るまでの者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.5mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ヒトパピローマウイルス感染症[組換え沈降2価(4価)ヒトパピローマ様粒子ワクチン]

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

※この予防接種は、筋肉内に注射するものである。

2価ヒトパピローマウイルスワクチンを使用する場合

□1回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは 2価HPVワクチン で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 12歳となる日の属する年度の初日から、16歳となる日の属する年度の末日までの女性 か？(小6～高1相当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は2価HPVワクチンの 2回目 で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 12歳となる日の属する年度の初日から、16歳となる日の属する年度の末日までの女性 か？(小6～高1相当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の2価HPVワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は 1月以上 であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□3回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は2価HPVワクチンの 3回目 で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 12歳となる日の属する年度の初日から、16歳となる日の属する年度の末日までの女性 か？(小6～高1相当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種間隔は、 1回目の接種から5月以上、かつ2回目の接種から2月半以上 であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ヒトパピローマウイルス感染症[組換え沈降2価(4価)ヒトパピローマ様粒子ワクチン]

4価ヒトパピローマウイルスワクチンを使用する場合

※この予防接種は、筋肉内に注射するものである。

□1回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは 4価HPVワクチン で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 12歳となる日の属する年度の初日から、16歳となる日の属する年度の末日までの女性 か？(小6～高1相当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は4価HPVワクチン初回の 2回目 で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 12歳となる日の属する年度の初日から、16歳となる日の属する年度の末日までの女性 か？(小6～高1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の4価HPVワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は 1月以上 であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□3回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は4価HPVワクチンの 3回目 で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 12歳となる日の属する年度の初日から、16歳となる日の属する年度の末日までの女性 か？(小6～高1相当)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種間隔は、 初回2回目の接種 から 3月以上 であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

水痘(乾燥弱毒生水痘ワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

□1回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは 水痘ワクチン で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 生後12月から生後36月に至るまでの者 か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	今回は水痘ワクチンの 2回目 で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は 生後12月から生後36月に至るまでの者 か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回の水痘ワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は 3月以上 であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	他の注射生ワクチン接種からの間隔は27日以上あいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B型肝炎(組換え沈降B型肝炎ワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

□1回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンはB型肝炎ワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は1歳に至るまでの間にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は0.25mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンはB型肝炎ワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は1歳に至るまでの間にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	前回のB型肝炎ワクチン接種後(翌日起算)から、接種間隔は27日以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.25mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□3回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンはB型肝炎ワクチンで間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は1歳に至るまでの間にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種間隔は、1回目の接種から139日以上であるか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は0.25mLか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ロタウイルス感染症(経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン・五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン)

※接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

※この予防接種は、経口投与するものである。

経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)を使用する場合

□1回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から24週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<u>出生14週6日後まで</u> の者か？ ※出生15週0日後以降の初回接種については安全性が確立されておらず、出生14週6日後までに初回接種を完了させることが望ましい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>出生15週0日後以降に初回接種を行う場合</u> 、上記(※)について十分に説明を行い、同意を得たか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>1.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から24週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回接種は、 <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>初回接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>1.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)を使用する場合

※この予防接種は、経口投与するものである。

□1回目

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から32週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<u>出生14週6日後まで</u> の者か？ ※出生15週0日後以降の初回接種については安全性が確立されておらず、出生14週6日後までに初回接種を完了させることが望ましい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>出生15週0日後以降に初回接種を行う場合</u> 、上記(※)について十分に説明を行い、同意を得たか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>2mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□2回目

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から32週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回接種は、 <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>初回接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>2mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)を使用する場合

※この予防接種は、経口投与するものである。

□3回目

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から32週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回及び2回目の接種は、 <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>2回目の接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>2mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ロタウイルス感染症(経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン・五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン)

同一ワクチンを使用できない場合

※この予防接種は、経口投与するものである。

※原則によりることができないやむを得ない事情があると市町村長が認める場合には、以下の方法で接種することができる。

ア) ① 1 価－② 5 価－③ 5 価

□2回目

確 認 事 項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から32週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回接種は、 <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>初回接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>2mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□3回目

確 認 事 項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から32週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<u>初回接種は経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)、2回目の接種は、五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>2回目の接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>2mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ロタウイルス感染症(経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン・五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン)

同一ワクチンを使用できない場合

※この予防接種は、経口投与するものである。

※原則によることができないやむを得ない事情があると市町村長が認める場合には、以下の方法で接種することができる。

イ) ①5価－②1価－③1価

□2回目

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から24週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	初回接種は、 <u>5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>初回接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>1.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

□3回目

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から24週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<u>初回接種は、5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)、2回目は経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>2回目の接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>1.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ロタウイルス感染症(経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン・五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン)

同一ワクチンを使用できない場合

※この予防接種は、経口投与するものである。

※原則によることができないやむを得ない事情があると市町村長が認める場合には、以下の方法で接種することができる。

ウ) ①5価－②5価－③1価

□3回目

確認事項		チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン(1価)</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は <u>令和2年(2020年)8月1日以後に生まれた、出生6週0日後から24週0日後までの間</u> にある者か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<u>初回接種及び2回目</u> は、 <u>5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン(5価)</u> だったか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<u>2回目の接種から27日以上</u> の間隔があいているか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種量は <u>1.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	対象者から除外される者に該当しないか？ ア)腸重積症の既往歴のあることが明らかな者 イ)先天性消化管障害を有する者(その治療が完了した者を除く) ウ)重症複合免疫不全症の所見が認められる者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

インフルエンザ(インフルエンザHAワクチン)

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは <u>インフルエンザワクチン</u> で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は次の①または②に該当する者か？ ①65歳以上の者 ②60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	接種量は <u>0.5mL</u> か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種に対する明確な本人の意思が確認できているか？(※注参照)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※B類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける法律上の義務がないことから、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に意思の確認ができない場合は、接種してはならないこと。(定期接種実施要領)

高齢者の肺炎球菌感染症(23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン)

注)接種間隔は、接種した翌日を起算日(1日目)として数える。

	確認事項	チェック	チェック
1)	接種ワクチンは 高齢者の肺炎球菌ワクチン で間違いないか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	被接種者は次の①または②に該当する者か？ ① 65歳の者(※注1) ② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有する者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	これまでに、23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを接種したことがないことを確認したか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	接種量は 0.5mL か？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	接種に対する明確な本人の意思が確認できているか？(※注2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
追加欄		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※注1)

令和2年(2020年)4月1日から令和6年(2024年)3月31日までの間、①の対象者については、65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者とする。 (定期接種実施要領)

※注2)

B類疾病の定期接種の実施に際しては、接種を受ける法律上の義務がないことから、対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に意思の確認ができない場合は、接種してはならないこと。(定期接種実施要領)