

新型コロナウイルス感染症に係る
予防接種の実施に関する
職域接種向け手引き
(第9.0版)

令和4年10月31日

第1章	新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の概要【企・医】	8
1	概要	8
2	職域接種の概要・位置づけ	9
第2章	職域追加接種の開始に当たり事前に企業等において準備すること【企】	10
1	実施要件	10
2	医療機関の確保	11
3	事務局の設置	13
第3章	職域追加接種（オミクロン株対応）の申込みに関する手続【企】	14
1	職域追加接種（オミクロン株対応）の実施申込みに係る手続	14
2	厚生労働省における申込み内容の確認	15
3	市町村との委託契約（職域コンシェルジュが代行・補助）	15
(1)	概要	15
(2)	保険医療機関コード等の取扱い	20
4	V-SYSへの登録方法（職域コンシェルジュが代行・補助）	20
第4章	申込み後、接種開始までに準備すべきこと【企】	22
1	人員、場所、接種時間等の準備	22
2	物品の準備	23
3	接種会場の設営	37
4	予約体制の準備	38
5	救急体制の確認	38
第5章	接種会場となる医療機関において接種に当たり実施すること【企・医】	39
1	ワクチンの手配のための手続	39
2	国又はワクチンメーカー等から物品が届いたときの取扱い	41
(1)	ワクチンが届いたときの取扱い	41
(2)	注射針、シリンジ及びPPEが届いたときの取扱い	41
(3)	予診票の取扱い	41
3	接種の流れ	43
(1)	受付（対象者の本人確認）	43
(2)	予診	44
(3)	接種時の注意点等	51
(4)	接種に当たっての事務	57
(5)	接種後の経過観察	61
(6)	VRS（ワクチン接種記録システム）への実績登録	61
第6章	請求事務【企・医】	65
1	概要	65
2	請求の流れ	68
(1)	接種実施医療機関等が所在する市町村への請求	68
(2)	接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村への請求	68
(3)	請求・支払に誤りがあった場合の調整（過誤請求）	70
第7章	職域接種の完了	78
1	職域接種完了前にすべきこと	78
2	職域接種の完了時にすべきこと	79
※	職域追加接種の完了登録における入力項目	79
(1)	職域接種完了報告後に必要なその他の作業	80
第8章	副反応疑いの患者から連絡があった場合の対応【医】	81
第9章	予防接種法に基づく健康被害救済【医】	86

(1) 救済制度の概要	86
(2) 給付手続きの流れ	86
(3) 相談・請求窓口	86
第10章 ワクチンの特徴【企・医】	87
1 初回接種(1、2回目接種)	87
(1) 対象者	87
(2) 予防接種要注意者	87
(3) 接種液の用法	87
(4) 接種量等	88
(5) 接種間隔	88
(6) 接種箇所	89
(7) 接種後の経過観察	89
2 追加接種(3回目接種)	89
(1) 対象者	89
(2) 接種量等	89
(3) 接種間隔	89
(4) その他	89
3 追加接種(オミクロン株対応)	90
(1) 対象者	90
(2) 接種量等	90
(3) 接種間隔	90
(4) その他	90

企業等の担当者が参照すべき章には、(企)、接種実施医療機関等が参照すべき章には、(医)と記載している。

改版履歴	発出日	改訂内容
初版	令和3年6月8日	初版
第2版	令和3年7月1日	<p>第5章2 (3) 予診票の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・類似コードの取扱いを追記 <p>第5章3 (3) 接種時の注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン廃棄に係る報告を追記 <p>第6章1 概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間外加算、休日加算の請求について追記 <p>第6章費用請求の流れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口座届出書の提出を追記
第2.1版	令和3年7月28日	<p>第2章1 医療機関の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状にあわせて追記修正 <p>第3章2 厚生労働省における申請の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「職域コンシェルジュ」について追記 <p>第3章3 (2) 保険医療機関コード等の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関コードの取扱いについて職域接種の現状に合わせて修正 <p>第3章4 誓約書の提出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誓約書の提出方法を追記 <p>第3章5 V-SYS への登録方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職域接種の現状に合わせて修正 <p>第5章3 (3) 接種時の注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン廃棄に係る報告の詳細を追記 <p>第6章 請求事務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・費用請求の概要について追記 ・類似コードについて追記 <p>その他所要の改訂</p>
第3版	令和3年8月3日	<p>第4章2 物品の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・図7 の更新 <p>第4章2 ①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・-20℃冷凍庫の取り扱いについて追記 ・針・シリンジの取り扱いについて追記 <p>第4章2 ②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・冷蔵庫の留意点について追記 <p>第5章3 (2) ③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象年齢を12歳以上に変更

		<p>第5章3⑤</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象年齢変更に伴い追記 <p>第5章3⑦</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象年齢変更に伴い追記 <p>第6章1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職域接種促進のための支援策等について追記 <p>第6章2</p> <ul style="list-style-type: none"> ・図の一部を更新 <p>第9章1(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象年齢を12歳以上に変更 <p>その他所要の改訂</p>
第4版	令和3年8月25日	<p>第7章新設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職域接種の完了について新規記載 <p>その他所要の改訂</p>
第4.1版	令和3年10月25日	<p>第5章1</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン納入量等に係る取扱い変更 <p>第5章3(2)①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの説明書等情報提供資材等を追記 <p>第5章3(3)①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・接種液に異物を認めた場合の対応等を追記 <p>第5章3(3)⑤</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2回目の接種機会の提供に係る具体的対応等を追記 <p>第5章3(6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・VRSへの接種記録情報の早期入力を追記 <p>第8章</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血小板減少症を伴う血栓症・血栓塞栓症が疑われるときの報告に係る留意事項の追記 <p>第10章1(4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・交接種について追記 <p>その他所要の改訂</p>
第5.0版	令和3年12月10日	<p>第4章2①</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチンの有効期限の取扱いについて追記 <p>第4章2②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予診票等の変更について追記 <p>第5章3(4)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・接種に当たっての事務について、予診票新様式の取扱いを記載 第6章2 <ul style="list-style-type: none"> ・予診票の変更に伴い費用請求事務の取扱いについて修正 第11章 <ul style="list-style-type: none"> ・追加接種について追記
第6.0版	令和4年5月13日	職域助成接種（3回目接種）に係る取扱いの修正 その他所要の修正
第7.0版	令和4年5月25日	予診票、請求方法、接種間隔等について修正
第7.1版	令和4年6月13日	第4章2②及び第5章3(1) <ul style="list-style-type: none"> ・海外等で新型コロナワクチン接種を受けた者への接種について、記載を更新 第5章3(2)① <ul style="list-style-type: none"> ・副反応等に関する説明及び同意について、記載を一部追記 その他所要の修正
第8.0版	令和4年8月1日	<ul style="list-style-type: none"> ・モデルナ社ワクチンの製造販売の承継に伴う名称変更について更新 ・他の予防接種との関係について更新
第9.0版	令和4年10月26日	<ul style="list-style-type: none"> ・オミクロン株対応ワクチンの職域接種について追記 ・その他所要の修正

本手引きは、新型コロナウイルス感染症に係る予防接種について、現時点での情報等その具体的な事務取扱を提示するものである。

今後の検討状況により随時追記していくものであり、内容を変更する可能性もある。

接種を行う医療機関向けのお知らせは以下のホームページで随時更新を行う。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_iryokikanheno_oshirase.html



厚生労働省が発出する通知・事務連絡等は以下のホームページで随時更新を行う。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html#003



また、新型コロナワクチンの情報については、以下のホームページで随時提供する。

首相官邸ホームページ

<https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html>



厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_00184.html



ワクチン接種円滑化システム（以下、「V-SYS」という。）の操作で不明点がある場合には、V-SYSにログインして、操作マニュアルを確認すること。

ワクチン接種記録システム（VRS: Vaccination Record System）以下、「VRS」という。）の情報は、デジタル庁HP「接種会場の担当者向け利用ガイド」において最新情報を公開している。

<https://info.vrs.digital.go.jp/guide/venue/>



大学拠点接種での追加接種実施に当たっては、以下文部科学省のホームページに掲載の事務連絡（「大学拠点接種」での追加接種実施に当たっての留意点等について（周知）」（文部科学省高等教育局高等教育企画課 令和3年11月25日付）を参照すること。

https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/mext_01612.html

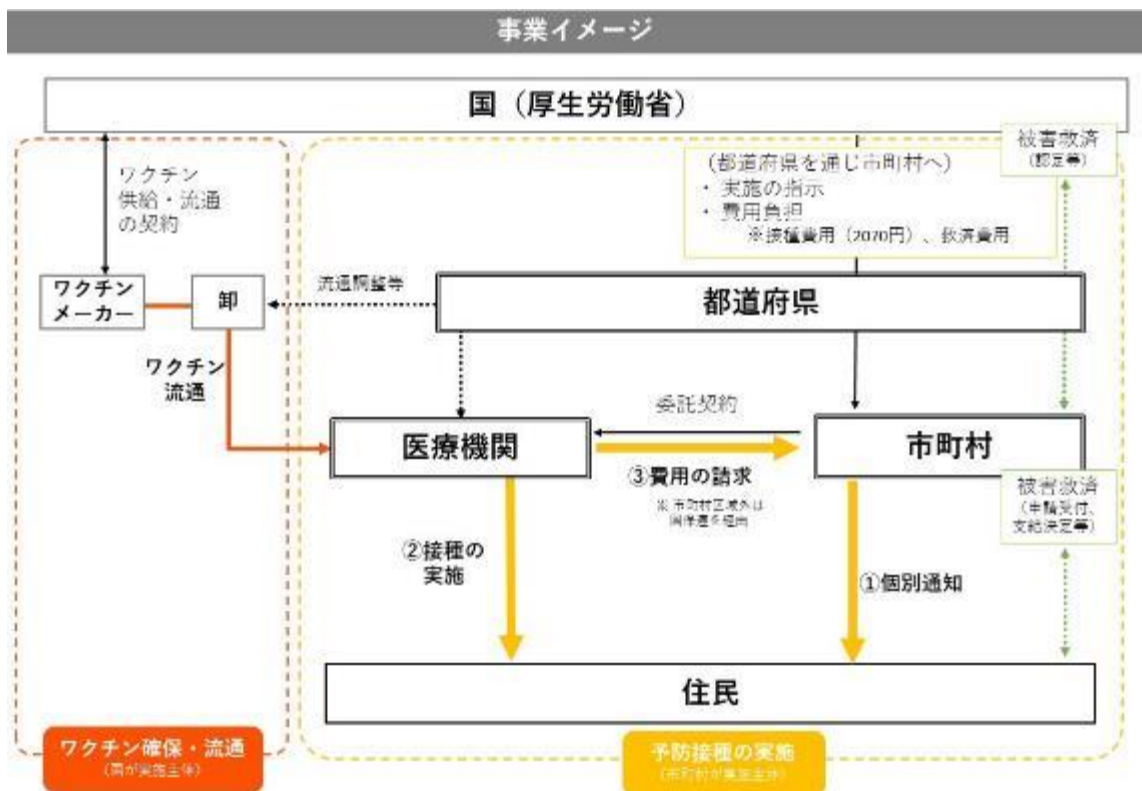
第1章 新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の概要【企・医】

1 概要

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種は、新型コロナウイルス感染症による死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、結果として新型コロナウイルス感染症のまん延の防止を図ることを目的とする。職域接種についても、予防接種法（昭和23年法律第68号）附則第7条の特例規定に基づき、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村（特別区を含む。以下同じ。）において実施するものであり、接種に係る費用については、国が負担する。また、同法第6条第1項の予防接種とみなして同法の各規定（同法第26条及び第27条を除く。）が適用されることとなる。本事業の実施期間は令和3年2月17日から令和5年3月31日までである。新型コロナワクチンの接種の流れの概略は図1のとおりである。

図1 事業イメージ

（図中の「医療機関」が各企業の手配した医療機関に該当します。）



2 職域接種の概要・位置づけ

政府としては、自治体のワクチン接種に関する地域の負担を軽減し、接種の加速化を図っていくため、1、2回目接種については令和3年6月21日から、3回目接種については令和4年2月14日から、新型コロナウイルスのオリジナル株（武漢株）とオミクロン株に対応した2価ワクチン（以下「オミクロン株対応ワクチン」という。）を使用した追加接種（以下「オミクロン株対応ワクチン接種」という。）については令和4年10月17日から、企業や大学等（以下「企業等」という。）において、職域（大学等を含む。以下同じ。）単位でワクチン接種を開始している。

職域単位でのワクチン接種（以下「職域接種」という。）については、市町村で実施している住民への接種と同様に、予防接種法附則第7条の特例規定に基づき、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において実施するものである。そのため、職域接種とは、集合契約により市町村と委託契約を結んだ医療機関が企業等の単位で、職域単位でワクチン接種を実施するという実施形態を指す。また、職域接種については、モデルナ社のワクチンを使用することとしている。

第2章 職域追加接種の開始に当たり事前に企業等において準備すること

【企】

※職域における1、2回目接種の取扱いについては、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する職域接種向け手引き（第5.0版）」、3回目接種の取扱いについては、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する職域接種向け手引き（第8.0版）」を参照すること。

職域におけるオミクロン株対応ワクチン接種（以下「職域追加接種（オミクロン株対応）」という。）については、1、2回目接種又は3回目接種を職域で受けた者の利便性や円滑なワクチンの追加接種の観点から、1、2回目接種又は3回目接種を実施した企業等を対象に実施する。

1 実施要件

- ① 医師・看護師等の医療従事者、接種会場の設営・運営を担う事務スタッフ等、必要な人員を企業等が自ら確保すること（原則として市町村における予防接種体制に影響を与えないようにすること）。
- ② オミクロン株対応ワクチン接種では、1つの接種会場で500人以上への接種を行うことを想定しているが、想定接種人数が500人に満たない場合には厚生労働省健康局予防接種担当参事官室へ相談が必要であること。

2 職域追加接種で実施企業等に求められること

- ① 接種会場の場所・動線、必要な物品等についても企業や大学等が自ら確保すること。
- ② 事務局を設置し、社内連絡体制・対外調整役を確保すること。なお、事務局の設置については、第2章3を参照すること。
- ③ 接種計画（2週間ごとの接種予定人数と実施時期）を作成すること。この際、需給バランスを見定めるため、予め職員等の意向を事前に確認するなどにより、必要量に応じた精緻な接種計画を作成すること。
※仮に、ワクチンの輸入停滞等、供給環境の変化が生じた場合でも迅速に対応できるよう、接種希望者への連絡や接種計画の変更等を柔軟に行える体制を構築すること。
- ④ 貴重なワクチンの余剰を生じさせることがないように、一度配送を受けたワクチンは、活用しきるよう努めること。
- ⑤ ワクチンの納品先の接種会場でワクチンを保管の上、接種すること。

- ⑥ ワクチンの品質管理の観点から、保管に当たっては、温度管理を徹底の上、冷凍庫内の温度ロガー記録の保存を怠らないこと。また、適切に記録が行われるよう、機器の管理を行うこと。
- ⑦ 職域接種の接種対象者に関しては、各企業における接種能力や職場におけるクラスター対策等の観点に応じ、雇用形態によって一律に対象者を区別することは望ましくないという趣旨を踏まえつつ、公平・適切に判断すること。
- ⑧ 被接種者の個人情報の取扱いについて、医療機関等に準じた取扱いを行うこととし、目的外の使用を決してしないこと。
- ⑨ 一人ひとりが接種を受けるかどうかを自ら決定するという考え方にに基づき、接種に当たっては、本人の意思を確認するとともに、接種を強制することがないよう留意すること。
- ⑩ VRS の登録は、月末の請求事務等を行う際にまとめて行うのではなく、接種当日等、速やかに行うこと。

2 医療機関の確保

職域接種においても、ワクチンの接種を行うのは集合契約により市町村と委託契約を結んだ医療機関であるため、まず、企業等は医療機関を確保することが必要である。職域接種の実施類型としては、主に以下の3つがある。

【パターン1】 企業内診療所等が実施する

- ・企業又は組合等が開設した（又は保有する）企業内に設置された企業内診療所等が実施する。（あわせて「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの迅速な接種のための体制確保に係る医療法上の臨時的な取扱いについて（その4）」（令和3年6月14日付け事務連絡）等を参照すること。）

【パターン2】 外部の医療機関が企業等に出張して実施する

- ・企業等が準備した接種会場において外部から医師等を確保して実施する際に、外部の医療機関が医師等を派遣する場合には医療法に基づく巡回健診の届出の提出が（企業内診療所等が当該診療所以外の接種会場で実施する場合も同じ）、医師等を雇用して新たな医療機関を開設する場合には、新規開設届の提出が必要である。

【パターン3】 被接種者が外部の医療機関に出向いて実施

- ・企業等が指定した外部の医療機関に被接種者が出向いて接種を受ける。
- ・この場合、外部の医療機関は、市町村の接種事業として、一般の住民に対してファイザー社のワクチン接種を実施していることも考えられる。ファイザー社ワクチンを使用している医療機関においてモデルナ社ワクチンを使用すること

は可能であるが、ワクチンの混同による間違い接種等を防ぐため、各ワクチンの接種や管理、運用等について明確に区分すること。（「職域接種の実施に伴い複数種類のワクチンを同一医療機関等で使用する場合の取扱いについて」（令和3年6月22日付け事務連絡）を参照すること。）

産業医が職域接種に従事する場合には、衛生管理者等と連携・役割分担した上、産業保健活動を計画的に実施して差し支えない。

なお、労働安全衛生法に基づく一般定期健康診断や高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査について、新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の業務を優先して実施する等により実施が困難なときは、一般定期健康診断や特定健康診査の時期を変更する等柔軟な対応を行って差し支えない。（「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施体制の構築を踏まえた特定健康診査の実施について」（令和3年4月28日付け事務連絡）及び「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施体制の構築を踏まえた労働安全衛生法に基づく一般定期健康診断の実施について」（令和3年5月18日付け事務連絡）を参照すること。）

図2 職域追加接種の実施形態



3 事務局の設置

企業等において、職域接種について、医療機関の確保、申請入力、企業等内の連絡調整、接種会場や必要物品の手配、国・自治体・医療機関等との調整等を担う事務局体制を確保すること。事務局の人数・体制については、接種人数の規模や発生する事務量等を勘案して適切なものとする。

事務局においては、まず、企業等の従業員等（家族や、大学等の場合は学生等を含む。以下同じ。）のうち、接種対象者を決め、接種を希望するおおよその人数を把握すること。

その際には、各企業における接種能力や職場におけるクラスター対策等の観点に応じ、雇用形態によって一律に対象者を区別することは望ましくないという趣旨を踏まえつつ、公平・適切に判断すること。また、一人ひとりが接種を受けるかどうかを自ら決定するという考え方にに基づき、接種に当たっては、本人の意思を確認するとともに、接種を強制することがないように留意すること。

接種対象者のおおよその人数に基づき、医療機関と必要な医師・看護師等の医療従事者、適切な接種会場等を確保し、接種期間を設定すること。

第3章 職域追加接種（オミクロン株対応）の申込みに関する手続【企】

1 職域追加接種（オミクロン株対応）の実施申込みに係る手続

直近で実施した職域接種で利用した ID により V-SYS へログインし、必要な事項を入力すること（直近で実施した職域（追加）接種から、会場所在地、提携医療機関、振込口座番号のいずれかに変更がある場合は、新規 ID を発行する必要があること）。

【厚生労働省 HP 職域追加接種の申込・計画入力ページ】

<https://v-sys.my.salesforce.com/>

なお、申込み内容は、各都道府県及び市町村において、その管内の会場情報の閲覧が可能な状態であること。

【令和4年9月21日から10月11日までの申込みに係る手続】

3回目の職域追加接種では、V-SYS 上で、初回接種時に登録した基本情報（企業等・会場・医療機関等の情報）の確認・更新を行うことにより、実施の申込みを行うこととしていたところ、職域追加接種（オミクロン株対応）においては、早期の接種開始が可能となるよう、V-SYS の全面的な改修完了を待たず、実施申込みの受付を開始することとした。このため、初回のオミクロン株対応ワクチン配送希望時期及びこれまでの職域接種の実施状況により、下記のとおり、取扱いが異なることに留意すること。

なお、接種計画の登録に係る取扱いについては、上記によらず同様の取扱いとする。

		初回のワクチン配送希望時期	
		10/24 週～11/7 週を希望	11/21 週以降を希望
実施 状況	3回目接種 を実施	WEBCAS 上で実施申込みを行う（※1）。WEBCAS 上で企業名称等の必要項目を入力の上、登録すること（※2）。	10月12日（水）稼働予定の V-SYS 上で実施申込みを行う（※3）。
	初回接種 のみを実施	V-SYS にログインし、当該システム上で新規申込みを実施すること（10月11日までは、初回接種の際と会場所在地、提携医療機関、口座番号のいずれも変わらない場合であっても新規の申込みとなること）。	

※1 URL : https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/202208_01_shokuiki

※2 3回目接種の際と会場所在地、提携医療機関、振込口座のいずれかに変更が生じる場合は、本申込み後に WEBCAS 申込みの確認完了に係るメールが届いた後、V-SYS 上で新規申込み・新規 ID 発行等を行う必要がある。

※3 3回目接種の際と会場所在地、提携医療機関、振込口座のいずれかに変更が生じる場合は、新規 ID 発行等が必要であること。

なお、初回接種のみを実施した企業等（職域追加接種（3回目接種）を実施していない企業等）においては、新規 ID を発行することとする。

また、職域追加接種（3回目接種）を実施している会場においては、当該接種に係る完了登録（※）を行った上で、職域追加接種（オミクロン株対応）の実施申込みを行うこととする（3回目接種で貸与した冷凍庫は国が回収し、職域追加接種（オミクロン株対応）の実施に当たって新たに貸与。）。

※「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて（協力依頼）」（令和4年3月9日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）<https://www.mhlw.go.jp/content/000911088.pdf>

2 厚生労働省における申込み内容の確認

厚生労働省において、上記1による申込み内容について確認を行い、確認が完了した際には、申込みを実施した V-SYS 担当者（企業又は医療機関）に対してその旨メールで連絡する。

なお、住所、連絡先等の情報については、ワクチン、冷凍庫、針・シリンジ及び PPE（Personal Protective Equipment；手袋等の個人用防護具）の配送等の観点から、それぞれの配送を担当する事業者にも共有され、必要な範囲に限り参照される。

企業等においては、接種会場となる医療機関（以下、「接種実施医療機関等」という。）と集合契約方式による市町村との委託契約、V-SYS への接種計画の入力等の手続を進めることとなるが、職域接種においては、以下に示す手続を厚生労働省又は厚生労働省が委託する事業者（以下「職域コンシェルジュ」という。）において代行・補助することも可能としている。

- ・ 市町村との集合契約に必要な会場ごとのコードの付番申請
- ・ 集合契約への加入に係る事務手続
- ・ -20°C 冷凍庫の手配

3 市町村との委託契約（職域コンシェルジュが代行・補助）

（1）概要

新型コロナワクチンの接種に当たっては、実施主体である各市町村と各接種実施医療機関等の間で、契約を締結する必要がある。接種実施医療機関等は、どこの市町村の住民が接種を受けに来るかあらかじめ把握できないため、全ての市町村との間で契約を締結する必要がある。各接種実施医療機関等が各市町村との間で独自に契約を締結するのは現実的ではないため、全国統一様式の契約書を用い、原則として集合契約の形で契約を行うこととする。

具体的には、接種実施医療機関等は、集合契約の取りまとめ団体（表 1 集合契約における接種実施医療機関等の取りまとめ団体（令和 3 年 2 月 16 日時点）参照）に対して、受託する事務の範囲と契約の締結に関する委任を行い、集合契約の取りまとめ団体が集合契約における契約の代理人である日本医師会に再委任を行う。市町村は都道府県に対して、集合契約において委託する事務の範囲と契約の締結に関する委任を行い、都道府県は集合契約の代理人である全国知事会に対して再委任を行う。全国知事会及び日本医師会がそれぞれ市町村及び接種実施医療機関等の代理人として契約を締結する。なお、全国知事会と日本医師会との間の集合契約は令和 3 年 2 月 12 日に締結されたところであるが、同日以降に委任状を提出した場合であっても、以下の手続きにより集合契約に参加することは可能である。

表 1 集合契約における接種実施医療機関等の取りまとめ団体（令和 3 年 2 月 16 日時点）

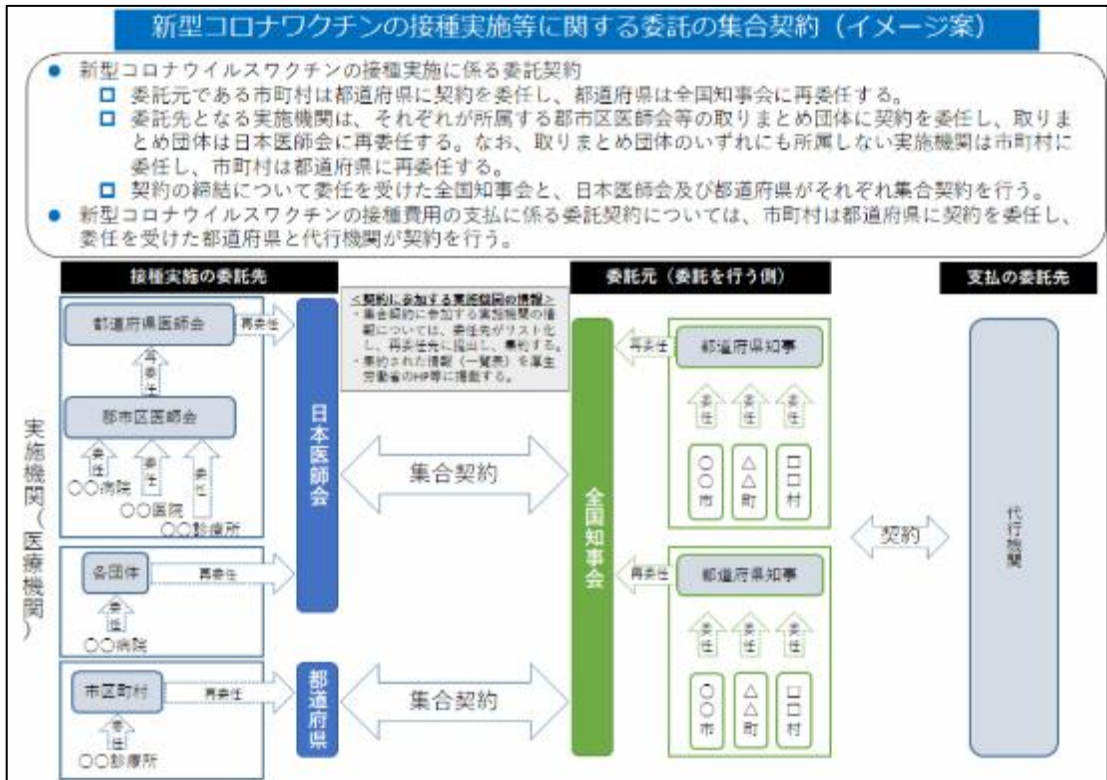
一般社団法人日本病院会
一般社団法人日本私立医科大学協会
公益社団法人全日本病院協会
公益社団法人全国自治体病院協議会
独立行政法人国立病院機構
一般社団法人国立大学附属病院長会議
独立行政法人労働者健康安全機構
一般社団法人日本慢性期医療協会
公益社団法人日本精神科病院協会
一般社団法人日本社会医療法人協議会
一般社団法人日本医療法人協会
一般社団法人地域包括ケア病棟協会
国立研究開発法人国立がん研究センター
国立研究開発法人国立循環器病研究センター
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
国立研究開発法人国立成育医療研究センター
日本リハビリテーション病院・施設協会
公益社団法人日本人間ドック学会
公益財団法人結核予防会
一般社団法人日本総合健診医学会
公益社団法人全国労働衛生団体連会
公益財団法人予防医学事業中央会
郡市区医師会
都道府県医師会（※ 1）

市区町村（※2）

※1 郡市区医師会からの再委任先

※2 上記取りまとめ団体のいずれにも所属していない接種実施医療機関等の代理人

図3 新型コロナワクチンの接種実施等に関する委託の集合契約（イメージ）



① 集合契約の手順

集合契約の委任状については原則、職域コンシェルジュが代行作成する。委任状のイメージについては図5を参照すること。接種実施医療機関等は、V-SYSより委任状をダウンロード、ならびに印刷後、押印の上、取りまとめ団体に提出しなければならない。職域接種の場合は、接種実施医療機関等から取りまとめ団体としての市町村に、委任状を提出することが多いと想定されるが、表1のいずれかの取りまとめ団体に所属している場合は、当該取りまとめ団体に委任状を提出して差し支えない。複数の集合契約の取りまとめ団体に所属する場合でも、いずれか1つの集合契約の取りまとめ団体にのみ委任状を提出すること。各集合契約の取りまとめ団体は、日本医師会宛委任状及び委任元接種実施医療機関等の一覧表を作成し、再委任状とともに日本医師会に提出する。日本医師会は、接種実施医療機関等の代理人として、市町村の代理人である全国知事会との間で契約を締結する。

なお、新たに接種実施医療機関等になる医療機関については、随時集合契約に参加することができる。

図4 集合契約への参加方法

(詳しくは厚生労働省ホームページを参照：

<https://www.mhlw.go.jp/content/000754388.pdf>)

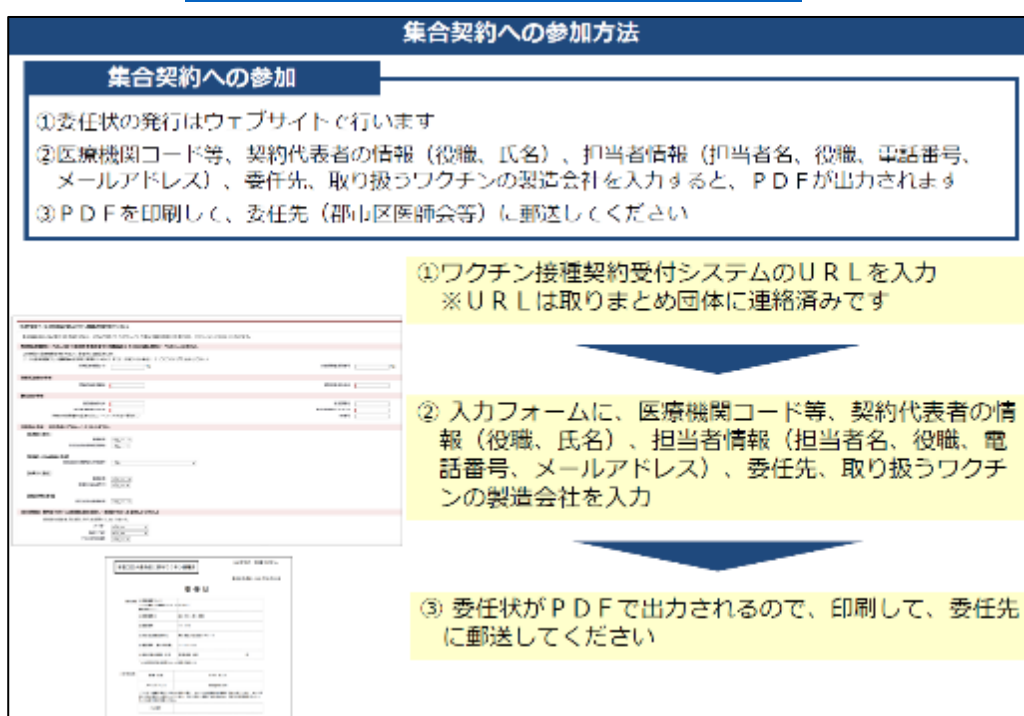


図5 ワクチン接種契約受付システムを用いて発行する委任状のイメージ

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種用		※必ずコピーを保管ください。
		委任状作成日：2021年01月03日
委任状		
【委任者】	①医療機関コード <small>(又は介護老人保健施設コード、介護111111 施設コード)</small>	
	②医療機関名	結合テスト第一病院
	③郵便番号	111-1111
	④所在地(都道府県)	東京都品川区結合テスト1-1
	⑤電話番号(区市外局番)	11-1111-1111
	※契約代表者役職・氏名	院長 結合 太郎 甲
	<small>* 又は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること</small>	
(記入担当者)	部署・氏名	テスト テスト
	メールアドレス	test@test.com
	<small>* ワクチン接種円滑化システムの利用の際に、メールでの情報伝達が頻繁に行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事情がある場合には、市町村に事情を説明した上で、FAX番号をご登録ください。</small>	
	FAX番号	

② 集合契約の相手方

接種実施医療機関等の契約の相手方は、全市町村である。

③ 集合契約の内容

i. 契約書

集合契約では、事務の処理方法が複雑化することを避けるため、契約書は全国統一の様式とする。契約書には、基本条項部分に加え、委託元市町村一覧表の例、接種実施医療機関等一覧表の例、請求総括書の様式、個人情報取扱注意事項、単価、損害賠償の支払等が含まれる。

ii. 単価

新型コロナワクチンの接種に係る費用は、全国統一の単価とし、接種1～3回目、オミクロン株対応ワクチン接種とも共通の2,070円(税込2,277円)とする。接種を実施できなかった場合の予診費用は1,540円(税込1,694円)である。

令和3年4月1日から当面の間、時間外に接種を行った場合については、いずれも730円(税込803円)を加算し、休日に接種を行った場合については、いずれも2,130円(税込2,343円)を加算することとしている。

iii. 個人情報保護

新型コロナワクチンの接種に関する情報の中には、個人情報が含まれることから、接種実施医療機関等において、個人情報を適切に管理することが必要である。また、各自治体においても個人情報保護条例等に基づき、適切に個人情報を管理する必要が

あることから、今般の集合契約においても個人情報の取扱いに関して、厳重な管理や目的外使用の禁止等を記載している。

iv. 契約期間

契約期間については、契約締結日から当該日付が属する年度の末日までとする。

なお、契約期間の終了1ヶ月前までに、全国知事会又は公益社団法人日本医師会より別段の意思表示がないときは、終期の翌日において向こう1か年契約の更新をしたものとみなす。そのため、接種実施医療機関等においては、年度の末日に特段の対応は不要である。

v. 留意事項

契約の当事者は、契約書に従うほか、関係法令を遵守し、信義誠実に契約を履行するとともに、実効性の高い内部通報制度を整備・運用するなど、法令を遵守する体制の整備に努めること。

(2) 保険医療機関コード等の取扱い

V-SYS では、保険医療機関コード、特定健診機関コード及び介護保険事業所番号（介護老人保健施設及び介護医療院に係る番号に限る。）（以下、「保険医療機関コード等」という。）をワクチン接種契約受付システムへの参加やワクチンの配送、接種実績報告等のシステム上の管理で利用している。

職域接種においては、既に保険医療機関コード等を有している医療機関も含めて、申込みがされた全ての職域接種会場に対して類似コードを付番する運用をとっている。

類似コードは、厚生労働省が確認したV-SYSでの申込み内容に基づいて発行され、付番結果は職域コンシェルジュから伝達される。類似コードが付番された後、(1)①の手順に沿って、集合契約に参加すること。また、医療機関向け手引き様式5-2に口座番号の情報を記入し、集合契約に参加した月（取りまとめ団体へ委任状を提出した日の属する月）の翌月の20日までに、国保連合会に提出すること。

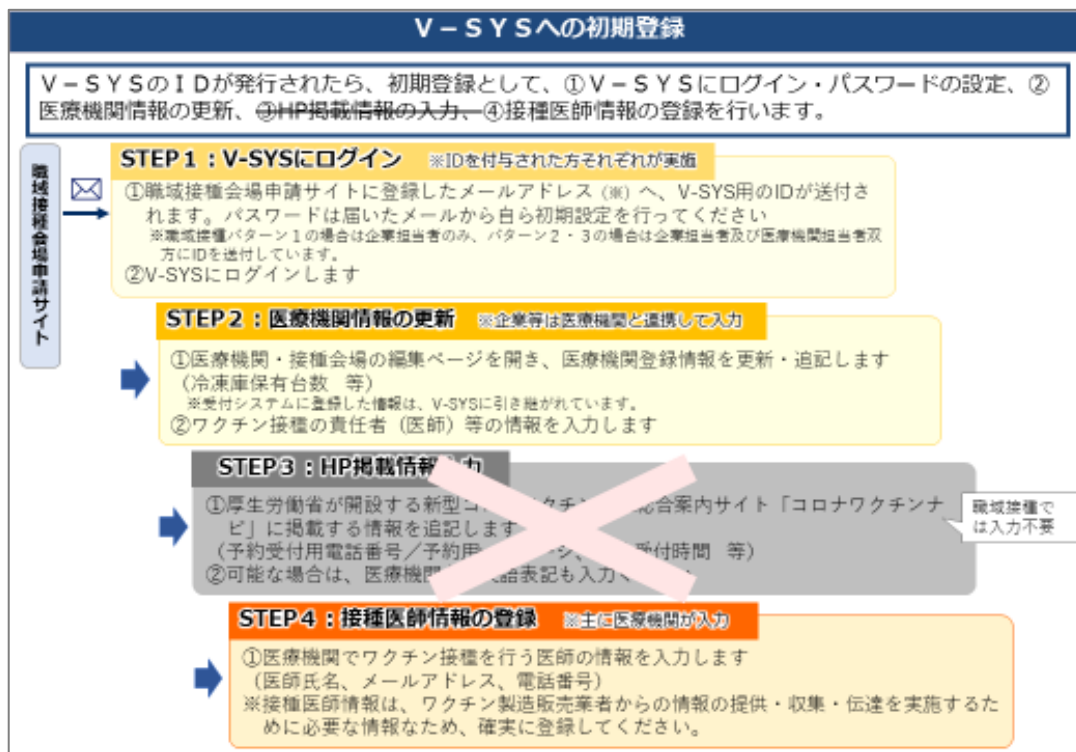
4 V-SYS への登録方法（職域コンシェルジュが代行・補助）

接種実施医療機関等がワクチンを入手するためには、V-SYS を利用しなければならない。(1)①の手続き後、後日V-SYS サービスデスクから職域接種会場申請サイトで入力したメールアドレス宛に、V-SYS 用の ID/Pass が送付され、V-SYS を利用できるようになる。V-SYS の初期登録の概要は図6を参照すること。

図6 V-SYS への初期登録 (概要)

(詳しくは厚生労働省ホームページを参照 :

<https://www.mhlw.go.jp/content/000750596.pdf>)



【V-SYS への初回ログイン】 詳しくは、<https://www.mhlw.go.jp/content/000750596.pdf>を参照

- ① salesforce から「パスワードのリセットを完了してください」というメールが届く。メールに記載されている「ユーザ名」が「V-SYS の ID」になる。このメールは保存する。
- ② メールに記載されている URL をクリックすると、ログインユーザ初期設定画面が表示される。URL は 24 時間で有効期限が切れるので、メールを受け取ったら 24 時間以内に 1 回ログインする。24 時間以内にログインされなかった場合は、翌日に再度メールが送られる (平日のみ)。
- ③ salesforce から確認コードが記載されたメールが届くので、メールに記載されている「確認コード」を「検証コード」の欄に入力し、「検証」をクリックする。
- ④ 検証に成功すると、パスワード変更画面が表示されるので、新しいパスワード、セキュリティの質問と回答を記載し、「パスワードを変更」をクリックする。
- ⑤ 個人情報同意画面が表示されますので、「V-SYS における個人情報保護方針」を確認の上、同意するにチェックを入れ「次へ」をクリックする。
- ⑥ V-SYS にログインし、「医療機関・接種会場」の自医療機関の情報が表示される。
- ⑦ 「編集」をクリックし、医療機関情報の更新、HP 掲載情報の入力、接種医師情報を登録する。

第4章 申込み後、接種開始までに準備すべきこと【企】

1 人員、場所、接種時間等の準備

① 具体的な医療従事者等の配置として以下のような例が考えられる。

- ・予診・接種に関わる者として、予診を担当する医師1名、接種を担当する医師1名又は歯科医師若しくは看護師1名、薬液充填及び接種補助を担当する看護師又は薬剤師等1名を1チームとする。

※ 歯科医師が接種を行う場合の研修については、「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のための筋肉内注射の歯科医師による実施のための研修について」（令和3年5月11日付け事務連絡）及び「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のための筋肉内注射の歯科医師による実施のためのオンライン研修システムについて（情報提供）」（令和3年5月18日付け事務連絡）を参照すること。

※ 令和3年5月31日に行われた「新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を推進するための各医療関係職種専門性の踏まえた対応の在り方等に関する検討会」において、臨床検査技師及び救急救命士について、ワクチン接種のための筋肉内注射への協力を得ることが考えられるとされた。これらの者が筋肉内注射を行うにあたり必要な研修等については、「新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のための筋肉内注射の臨床検査技師、救急救命士による実施のための研修について」（令和3年6月11日事務連絡）及び「新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のための筋肉内注射の臨床検査技師、救急救命士による実施のための研修について（第二報）」（令和3年6月17日事務連絡）を参照すること。

- ・接種後の状態観察を担当する者を1名配置する。（接種後の状態観察を担当する者は、可能であれば看護師等の医療従事者が望ましい。）
- ・その他、検温、受付・記録、誘導・案内、予診票確認、接種済証の発行などについては、事務職員等が担当する。

※ 接種に必要な医療従事者等の確保においては、自治体による高齢者等への接種に影響を与えないよう、職域接種を行う企業や大学等が自ら確保すること。

職域接種で使用する新型コロナワクチンはモデルナ社のワクチンであり、その特性は図7のとおりであり、この特性を十分踏まえて対応する必要がある。

② 場所や接種時間等については、接種実施医療機関等の診療体制を踏まえ、必要に応じて、診療体制の変更を検討する。

例えば、診療時間の延長や非診療日の接種等により接種時間の確保を行うことや予防接種専用外来の設置等が想定される。接種実施医療機関における診療時間や診療日

の変更等については、「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの迅速な接種のための体制確保に係る医療法上の臨時的な取扱いについて」（令和2年12月17日厚生労働省医政局総務課事務連絡）や「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの迅速な接種のための体制確保に係る医療法上の臨時的な取扱いについて（その2）」（令和3年2月1日厚生労働省医政局総務課事務連絡）、「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの迅速な接種のための体制確保に係る医療法上の臨時的な取扱いについて（その4）」（令和3年6月14日厚生労働省医政局総務課事務連絡）を参照すること。

時間ごとの予約枠の設定、被接種者の動線の検討、定期的な換気等により、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策（3密対策等）を講じること。また、必要に応じて、熱中症予防対策を講じること。

2 物品の準備

接種に用いる物品について、国又はワクチンメーカーが準備するものと各接種実施医療機関等において準備するものがある。

① 国又はワクチンメーカーが準備し、接種実施医療機関等に届けるもの

i ワクチン

ワクチンについては、各接種実施医療機関等の必要量に応じて、国が割り当て量を決める。ワクチンのバイアル（直径24mm×高さ50mm）は、幅61mm×奥行130mm×高さ61mmのバイアル箱に10本ずつ（50回分）収納されている。納入量の多い接種実施医療機関等向けには、バイアル箱12箱（600回分）が収納された幅195mm×奥行275mm×高さ140mmの包装箱で配送される。

なお、ワクチンはバイアルに印字されている有効期限を超えて使用できる場合があるので、「ファイザー社ワクチン及び武田／モデルナ社ワクチンの有効期限の取扱いについて」（令和4年4月22日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）を参照し、ロットNo.を確認すること。

ii ワクチンに付属する書類

ワクチンの配送時に、付属書類と一緒に配送される。付属書類として、添付文書、接種済証及び予診票に貼付するためのワクチン接種シール、取扱説明書が配送される。また、被接種者向け注意書がワクチンとは別に配送される。

iii -20℃冷凍庫

接種会場の希望に応じて、国が購入したモデルナ社ワクチン用の-20℃冷凍庫（ソインバード社の-20℃冷凍庫（図9））を接種会場に貸与する。モデルナ社ワクチンは、冷蔵庫保管を認められた会場以外は、-20℃冷凍庫が設置された施設にのみ配

送され、直接配送を受けた施設においてのみ接種でき、小分け移送は認めない。そのため、-20℃冷凍庫の設置場所は、医療機関として登録された施設に限られ、配送先が決まったものから順次接種実施医療機関等へ配送される。

-20℃冷凍庫は、専用ブレーカーを備えた専用回路を使用すること。同一のコンセントで別の電気機器を同時に利用した場合、電流不足が生じ、-20℃冷凍庫が使用不能になる恐れがある。

また、ワクチンの適切な管理を行う観点から、以下の点について留意すること（図8）。

- ・ 適切な温度管理の観点から付属の温度ロガーで定期的に庫内の温度を確認する
- ・ 温度ロガーで記録が可能なデータ数は最大 10,000 データ（標準設定時約 34 日分）となることから、確実な温度管理のため、PDF レポート形式でデータを保存した上で、概ね 1 週間程度の周期でログの消去を行うこと
- ・ 定期的に-20℃冷凍庫の電源コードやプラグが冷凍庫本体、AC アダプター及びコンセントにしっかり差し込まれて接続されていることを確認する
- ・ 定期的に-20℃冷凍庫の扉が開いていないか確認する（頻繁な開閉や長時間の扉の開放は庫内温度の上昇に繋がる）
- ・ 必要に応じて蓄冷剤を併用することで庫内温度を保つ
- ・ 万が一の電源喪失を想定し、早期発見の後、適した温度帯での保管へワクチンを退避できるようにしておくなど、平常時から対応手順を検討する
- ・ 保管部屋の入室管理や人の動線確認を行い、電源プラグの状態確認と脱落防止を徹底する

特に、夏季においては、以下の点について留意すること

- ・ -20℃冷凍庫等の配置する部屋が高温多湿にならないよう使用環境の逸脱に留意する
- ・ -20℃冷凍庫等は壁などから周囲の壁等から 15cm 以上の間隔を空けて配置する
- ・ -20℃冷凍庫等の近くに熱を発する物や機器を置かない

なお、各接種実施医療機関等各施設の責任下において適切な温度管理が可能であれば、国が割当てを行った-20℃冷凍庫ではなく独自に購入した冷凍庫を使用しても差し支えないが、以下の点を遵守すること。

- ・ 冷凍庫が医薬品専用であること
- ・ 日常点検で温度逸脱が起きないようにモニターされていること
- ・ 複数冷凍庫がある場合は、同一電源を使用しないこと
- ・ 停電時の対応を取ること
- ・ 各施設の責任のもと、他の製品との取違いには十分留意すること

iv 接種用注射針、シリンジ

接種用注射針、シリンジについては、国が購入し、ワクチンとは別に接種実施医療機関等へ発送する。国から無償で提供する注射針、シリンジは、複数の製造メーカーから購入する等しているため、一度の配送に複数種類の製品が含まれる等する場合がある。なお、注射針及びシリンジについて残余が生じた場合、適切に処分すること。

v マスク、手袋等の个人防护具（PPE）

ワクチン接種時に使用するサージカルマスク・非滅菌手袋、緊急時使用備蓄として必要なN95等マスク・アイソレーションガウン・フェイスシールドについては、各接種会場から配布希望があれば、国から接種会場に直接発送する。ワクチンや注射針、シリンジとは別送である。また、N95等マスク、アイソレーションガウン及びフェイスシールドは、非常時用であって接種時に装着不要である。

なお、国からの配布量の目安は次のとおりであるが、それでも不足する場合は、国又は接種会場所在市町村（特別区を含む。）に相談すること。（※）

サージカルマスク：ワクチン接種回数×7÷100（各従事者が毎日交換を想定）

非滅菌手袋：ワクチン接種回数+ワクチン接種回数÷100（接種者は接種ごと、接種補助者は1日1回の交換を想定）

N95等マスク、アイソレーションガウン及びフェイスシールド：1会場当たりそれぞれ20枚

（※）PPEに関する国の相談先

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部マスク等物資対策班 配布担当（代表：03-5253-1111）

図7 新型コロナワクチンの各社情報

BA.1株対応の新型コロナワクチンの特性				
キヤップ カラー 特長	ファイザー社 (オリジナル株の 12歳以上用ワクチン)	ファイザー社 (オリジナル株/BA.1株の 2価ワクチン)	モデルナ社 (オリジナル株のワクチン)	モデルナ社 (オリジナル株/BA.1株の 2価ワクチン)
希釈	生理食塩液1.8mLで希釈	希釈不要	希釈不要	希釈不要
接種量	初回(1・2回目): 0.3mL 追加(3回目以降): 0.3mL	追加(3回目以降): 0.3mL	初回(1・2回目): 0.5mL 追加(3回目以降): 0.25mL	追加(3回目以降): 0.5mL
抗原量	オリジナル株30 μ g	オリジナル株15 μ g+BA.1株15 μ g =30 μ g	初回: オリジナル株100 μ g 追加: オリジナル株50 μ g	追加: オリジナル株25 μ g +BA.1株25 μ g=50 μ g
1バイアル の単位	6回分(特殊な針・シリンジ) 5回分(一般的な針・シリンジ)	6回分(特殊な針・シリンジ)	初回: 10回分 追加: 15回分以上	追加: 5回分
最小流通単位 (一度に接種会場 に配送される最小 の数量)	195バイアル (特殊な針・シリンジを用いる 場合は1,170回接種分、一 般的な針・シリンジを用いる 場合は975回接種分)	195バイアル (特殊な針・シリンジを用いる場 合は1,170回接種分) ※195バイアル入った1箱の大きさは オリジナル株のワクチンと同じ	10バイアル (初回: 100回接種分) (追加: 150回以上接種分)	10バイアル (追加: 50回接種分) ※10バイアル入った1箱の大きさは オリジナル株のワクチンと同じ
保管温度	-75 $^{\circ}$ C \pm 15 $^{\circ}$ C: 15か月 -20 $^{\circ}$ C \pm 5 $^{\circ}$ C: 14日 ※1回に限り、再度-90 $^{\circ}$ C \sim -60 $^{\circ}$ Cに戻して保存可能 2 \sim 8 $^{\circ}$ C: 1か月	-75 $^{\circ}$ C \pm 15 $^{\circ}$ C: 12か月 -20 $^{\circ}$ C \pm 5 $^{\circ}$ C: 不可 2 \sim 8 $^{\circ}$ C: 10週	-20 $^{\circ}$ C \pm 5 $^{\circ}$ C: 9か月 2 \sim 8 $^{\circ}$ C: 30日(凍) ※9か月の有効期間中に限る	-20 $^{\circ}$ C \pm 5 $^{\circ}$ C: 9か月 2 \sim 8 $^{\circ}$ C: 30日(凍) ※9か月の有効期間中に限る
備考	・冷置庫で解凍する場合、解凍及び希釈を1か月以内に行う(解凍後の再凍結は不可) ・室温で解凍する場合は、解凍及び希釈を2時間以内に行う(解凍後の再凍結は不可) ・希釈後、室温で6時間以内に使用する(希釈後に凍結することは不可)	・室温では24時間以内に使用する(一度針を刺した後は12時間以内に使用、解凍後の再凍結は不可)	【一度針をさしたもので以降】 2 \sim 25 $^{\circ}$ Cで12時間 (解凍後の再凍結は不可)	【一度針をさしたもので以降】 2 \sim 25 $^{\circ}$ Cで12時間 (解凍後の再凍結は不可) ※赤字下線部分は既存の製剤と異なる部分

※ ワクチンの使用に当たっては、バイアルに印字されている有効期限を超えて使用できる場合があるので、「ファイザー社ワクチン及び武田/モデルナ社ワクチンの有効期限の取扱いについて」(令和4年4月22日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡)を参照し、ロットNo.を確認の上、使用すること。また、厚生労働省のホームページにおいて、最新の情報を確認の上、接種実施医療機関等に周知すること。

図8 超低温冷凍庫の適正使用について

超低温冷凍庫の適正使用について

- 新型コロナウイルスワクチンを保管する医療機関において、超低温冷凍庫が稼働停止し、ワクチンの保管温度が逸脱した結果、ワクチンが使用不能となる事象が発生した。
- 消費電力の大きい機器を複数稼働すると、**電流容量や起動電力の不足により、機能低下や機能停止に陥る場合がある**ことから、超低温冷凍庫を設置した施設または設置を予定している施設について、再度使用状況の点検を行うこと。

点検を行うポイント

- ・ 機器の周囲に15cm以上の隙隙を設ける。熱を発生する物・機器の近くに冷凍庫を置かない。
- ・ 専用ブレーカーを備えた専用回路を使用する。
- ・ 分岐ソケットや延長コードを使用しない。

冷凍庫のみを接続する専用コンセント（専用回路）を使用してください。

専用コンセントに超低温冷凍庫のみを接続。

分岐ソケットや延長コードは使わない。

同じコンセントに他の機器を接続しない。

専用コンセント※のつもりでも、ブレーカーが複数のコンセントと共有されていると冷凍庫の運転に影響を与える場合があるのでよくご確認ください。

専用コンセントでない場合は、冷凍庫だけを接続してください。

他の機器を接続しない。

超低温冷凍庫だけを接続

専用コンセントに接続

図9 -20℃冷凍庫の詳細

ワクチンの保管用冷凍庫の詳細

ツインバード社

- 商品名（品番）**
ディープフリーザー SC-DF25WL
(試品でモデルナワクチン輸送標準機器と同じ)
- 温度帯**
設定温度：+10℃～-40℃（1℃刻みで2度設定可能）
- サイズ・重量**
内容量：25リットル、重量16.5kg
外形寸法：幅 595 x 奥行 350 x 高さ 450 (mm)
内径寸法：幅 335 x 奥行 295 x 高さ 340 (mm)
- コネクター**
データ読み取りインターフェース：Bluetooth 5.0
スマートフォンで設定/データ読み込み（iOS/Android対応）
※市販品約180品を自由に交換
- 電源**
コンセントから：SC A170 ACアダプター
小容量：シガレットライター用（3m、DC12V）
※分岐ソケットや二股コンセント、又は延長コードは使用しないこと。
- 設置場所**
水平な場所に、扉を上にして設置すること。
水のかからない場所に設置すること。
風通しがよく湿度の少ない場所に設置すること。
付属のマットを敷いて使用すること。
壁紙裏面は扉や保管物から20cm以上空けて設置すること。
直射日光の当たらない場所や換気の少ない場所に設置すること。
- お問い合わせURL**：<https://www.twainbird.co.jp>
お問い合わせ番号（フリーダイヤル）：0120-28-4465
- 備考**
消費電力：20℃から 15℃までの時間：約25～30分

ディープフリーザー-25L SC-DF25WL

主な特徴

- ・ 軽量・コンパクト・可搬型
- ・ 1℃刻みの温度設定
- ・ ノンフロン・CO2吐出ゼロ
- ・ 低消費電力

付属品：ローラー

付属品：ACアダプター

設置場所

● 取っ手・排気口は、壁や保管物が520cm以上空けて設置してください。

※注：標準消費電力が変動する場合があります。ご注文前にご確認ください。

ワクチン保管用の冷凍庫

- (1) -20℃の冷凍庫の保管温度の記録計（データロガー）をご提供します。
- (2) 武田/モデルナ社ワクチンが最大2,400回接種分（1回あたり240本分）を保管できます。
- (3) 使用後、返却いただき、他社の接種時に再利用しますので、大切に使用ください。



② 接種実施医療機関等で準備するもの

接種実施医療機関等では、以下の物品を準備する必要がある。事前に、必要量を確保すること。

i 予診票

令和3年12月1日以降の接種券については、原則として、接種券と予診票を一体化した様式（以下「接種券一体型予診票」という。）の図11及び図12を使用することとする。ただし、やむを得ない事情がある場合は、旧来の様式（以下「接種券（兼）接種済証」という。）の使用も認めることとする。予診票の様式は図13及び図14の使用することとする。また、時間外・休日加算を含めた接種費用の請求方法等の効率化を図る観点から、予診票の記載項目を変更することとする。その他、接種券様式の変更に伴い接種済証等の様式についても所要の変更を行う。

令和4年5月25日以降は、原則1～3回目用の統一様式として、予診票の記載項目を一部修正¹した図15及び図16の予診票を使用することとし、令和3年12月1日から令和4年5月24日までの予診票は原則使用しないこと。ただし、既に印刷している場合等、やむを得ない事情がある場合については使用しても差し支えない。

※ 海外において、日本で承認されている新型コロナワクチン及び当該ワクチンと同一のものとして取扱う新型コロナワクチン（(参考)の左欄に記載の海外製ワクチン）の接種を1回受けている者については、被接種者又はその保護者（親権を行う者又は後見人を言う。以下同じ。）の同意のうえ、日本で2回目のワクチンを打って差し支えない。この場合において、接種会場にて本人又はその保護者が2回目の接種であると申し出た場合、その主張に沿って2回目分の接種券一体型予診票（又は2回目の接種券シール）を予診票に貼付して差し支えないものとする。ただし、本人又はその保護者から接種回数について何ら申し出がない場合、1回目の接種券が印刷された予診票（又は1回目の接種券）を使用すること。なお、3回目以降の接種についても、本取扱いに準ずることとする。

海外において、既に日本で承認されている新型コロナワクチン及び当該ワクチンと同一のものとして取扱う新型コロナワクチン（(参考)の左欄に記載の海外製ワクチン）以外の新型コロナワクチンの接種を受けている者について、被接種者本人又はその保護者が希望する場合は、ワクチンを接種して差し支えない。ただし、接種に当たって、医師は、日本で承認された新型コロナワクチンとそれ以外の新型コロナワクチンの交接種に係る安全性等の科学的知見はないことを本

¹ 令和4年5月24日までの様式からの変更点は以下のとおり。

- ・様式タイトルから「(1・2回目用)」、「(追加接種用)」を削除
- ・質問事項1つ目（「新型コロナワクチンを受けたことがありますか」）の変更

人に説明した上で接種を行うこと。この場合、1回目分の接種券一体型予診票
 (又は1回目の接種券シール) から順に使用すること。

(参考) 接種済みとみなすことができる新型コロナワクチンの対応表

右記のワクチンを接種したものとみなすことができる海外製 のワクチン	日本で承認されているワクチン
・復星医薬 (フォースン・ファーマ) / ビオンテック社製 「コミナティ」	・ファイザー社製 「コミナティ筋注」
・インド血清研究所が製造する 「コビシールド (Covishield)」	・アストラゼネカ社製 「バキスゼブリア筋注」
・インド血清研究所が製造する 「コボバックス (COVOVAX)」	・武田社 (ノババックス) 製 「ヌバキソビッド筋注」

図 10 予診票の印刷方法

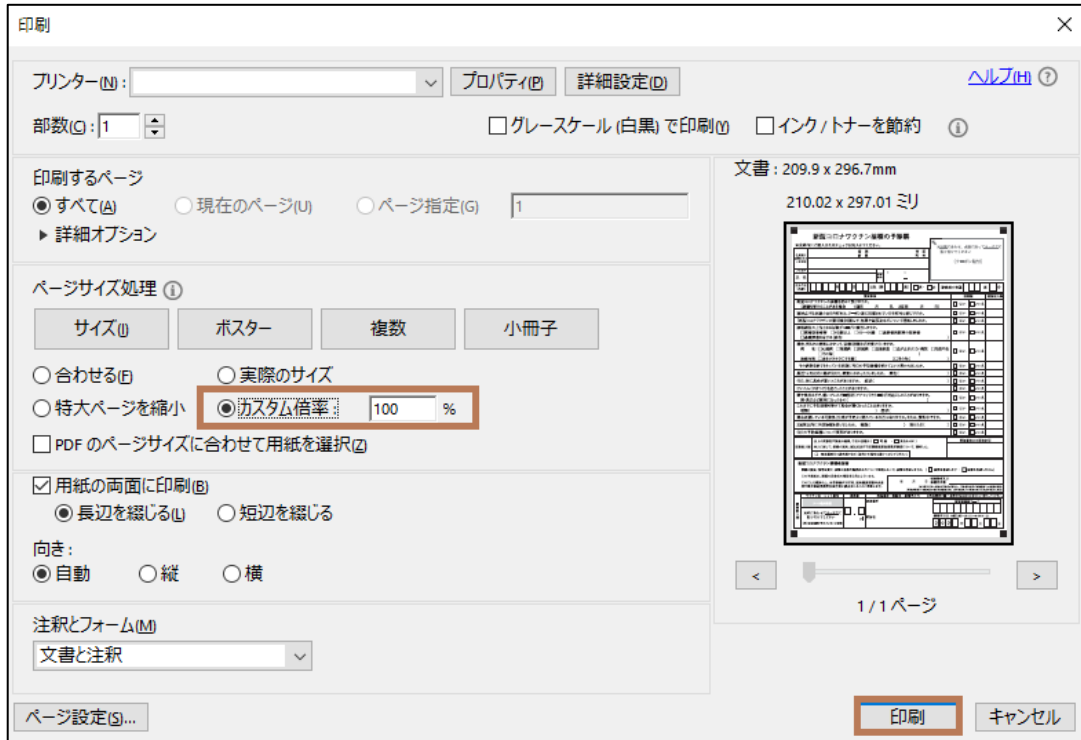


図 11 追加接種用の予診票【接種券一体型予診票】

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村	番 号 2 (□) (○) (※)	3 回目						
	〒		〇〇番〇〇市	1 2 3 4 5 6						
フリガナ			番 号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	 氏 名 ●●●●●●●●●● 太郎						
氏 名	姓	名	2 3 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0							
生年月日 (西暦)	年	月	日	性別	診察前の体温	度	分			
質問事項		回答欄		医師記入欄						
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()										
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()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
今日の予防接種について質問がありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
医師記入欄	以上の情報及び診察の結果、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可能 - <input type="checkbox"/> 具合を合わせる							医師署名又は記名押印		
本人に対して、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。										
医療機関記入欄	<input type="radio"/> 時間外(受付時間 :) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予約① <input type="radio"/> 予約② <small>※接種する曜日について、マークの欄からあらかじめ選択し記入してください。</small>									
新型コロナウイルスワクチン接種希望書 医師の診察・説明を受け、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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません) この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。										
年 月 日 接種者又は 保護者自筆 <small>(※自筆できない場合は代理人が署名し、代理人の氏名及び電話番号などの連絡先を記載) (※接種履歴が18歳未満の場合は保護者自筆、成年経歴及人の場合は本人又は成年保護者自筆)</small>										
医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。							
	シール貼付位置 用紙に合わせてまっすぐに貼付付けてください (注)有効期限が切れているが接種	mL	医療機関コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日							

図 12 1、2回目接種用の予診票【接種券一体型予診票】

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（1・2回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県		1	回目
フリガナ	氏 名	電話番号	2	請求先 〇〇県〇〇市 1234567890
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 度 分	

券 種 2 (□予診のみ)	1
請求先 〇〇県〇〇市 1234567890	123456
券 種 厚生 ●●●●●●●● 氏 名 太郎	
 211234561234567890	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、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。	医師署名又は記名押印
--	------------

医療機関記入欄	<input type="radio"/> 時間外(受付時間 :) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予備① <input type="radio"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	--

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、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。(接種を希望します · 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日	被接種者又は保護者自署
-------	-------------

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との捺印を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付位置	ml	実施場所
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml	医師名
		医療機関等コード
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202 年 月 日

図 13 追加接種用の予診票【接種券（兼）接種済証用】

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 府 県	市 区 町 村
フリガナ		
氏 名	電話番号	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー=症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 - <input type="checkbox"/> 具合合わせる) 本人に対して、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。	医師署名又は記名捺印
---	------------

医師機関 記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予約① <input type="checkbox"/> 予約② <small>※ 感染症予防法に基づき、予約の受付はあらかじめ2週間前までにお願いいたします。</small>
-------------	--

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、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。(接種を希望します・ 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日
 接種者又は 保護者自筆
(※ 任意でできる場合は代理人が署名し、代理人氏名及び接種者との関係を記載)
 (※ 接種者が18歳未満の場合は保護者自筆、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自筆)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※ 医師機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	mL	実施場所	医師機関コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください	mL	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れている場合は			202 年 月 日

図 14 1、2回目接種用の予診票【接種券（兼）接種済証用】

新型コロナワクチン接種の予診票（1・2回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左罫に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村		
フリガナ	氏 名	電話番号	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 生(満) 歳	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、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。	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、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。(接種を希望します · 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	シール貼付位置		実施場所
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml	医療機関等コード
			接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日

図 15 5月25日以降の予診票（1～3回目用）【接種券一体型予診票】

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所 都 道 府 県 市 区 町 村	請求先 ○○県○○市 1234567890	請求先 ○○県○○市 123456	請求先 ○○県○○市 123456	氏名 厚生 ●●●●●●●● 太郎	請求先 ○○県○○市 123456
-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------



241234561234567890

生年月日(西暦)	年	月	日	日生(満)	歳	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	度	分
----------	---	---	---	-------	---	---	--------	---	---

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、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。	医師署名又は記名押印
--	------------

医師機関 記入欄	〇 時間外(受付時間 :) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出ないように濃く塗りつぶしてください。</small>
-------------	---

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、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。(接種を希望します · 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との説明を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

医師 記入 欄	ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	接種量 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日
---------------	---	-----------	-------------------------------	---

図 16 5月25日以降の予診票（1～3回目用）【接種券（兼）接種済証用】

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック区を入れてください。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ		
氏 名	電話番号	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、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。	医師署名又は記名押印
--	------------

医師確認記入欄 <input type="radio"/> 時間外(受付時間 :) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予約① <input type="radio"/> 予約② <small>※緊急時の理由について、②への印からは必ず印をいはすに記入してください。</small>	
--	--

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の説明・説明を受け、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。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 接種者又は保護者自筆

(※自治できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との関係を記載)
(※未成年者が接種する場合は保護者自筆、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自筆)

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 *医療機関コード・接種年月日は枠内に必ず記入してください。
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないの確認ください		実施場所 医師名 医療機関コード 接種年月日 *記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

ii 予診等で用いるもの

- ・医療従事者用のマスク、使い捨て手袋

※各接種会場が国の配布を希望した場合には、国から接種会場に配送する。

- ・体温計

iii 接種に用いる物品のうち接種実施医療機関等で準備するもの

- ・消毒用アルコール綿（アルコール過敏症の被接種者用にクロルヘキシジン等のアルコール以外の消毒綿も用意すること。）

- ・トレイ

- ・医療廃棄物容器、針捨て容器

- ・手指消毒剤

iv 救急用品

接種実施医療機関等の救急体制を踏まえ、必要な物品を準備すること。代表的な物品を以下に示す。

- ・血圧計、静脈路確保用品、輸液セット、生理食塩水

- ・アドレナリン（エピネフリン）（※）、抗ヒスタミン剤、抗けいれん剤、副腎皮質ステロイド剤等の薬液

※救急用品として具備するアドレナリン（エピネフリン）製剤については、病院等においては、原則としてアンプル製剤（ボスミン®注 1mg）又はシリンジ製剤（アドレナリン注 0.1%シリンジ「テルモ」）によることを想定している。特設会場等については、自己注射薬（エピペン®）によることも想定される。

v 事務用品

- ・ボールペン（赤・黒）、日付印、スタンプ台、はさみ

vi 2～8℃の環境でワクチンを保存するための冷蔵庫

モデルナ社のワクチンについては、冷凍庫から取り出した後、接種するまでの間、冷蔵庫で保管することが想定される。家庭用冷蔵庫等では、霜取りのために一時的に庫内温度が上昇し2～8℃の管理温度を超える場合があることから、保管を避け、医療用冷蔵庫を使用すること。なお、モデルナ社ワクチンについては、2～8℃の環境で最大30日間保管することができる。

3 接種会場の設営

接種会場については、具体的な広さ等の要件はないが、接種対象者の人数等を勘案し、以下の条件を満たすことが望ましい。

- ①被接種者が密にならないよう予診から経過観察場所のいずれにおいても2m以上の間隔をとることができる会場であること
- ②要配慮者に対応可能な準備を行うこと

- ③会場を設営する際、ロープ等により進行方向が一定の流れをつくること、予診票の記入漏れや予防接種の判断を行う際、接種の流れが滞ることがないようにすること
- ④低温冷蔵庫の使用にあたり、電流容量や起動電力の不足により、機能低下や機能停止に陥る場合があることから、「冷蔵庫のみを接続する専用コンセント（専用電源）」を準備すること。分岐ソケットや二股コンセント又は延長コードは使用しないこと。

4 予約体制の準備

予約管理を行う場合については、各企業等において行うこと。

5 救急体制の確認

事前に、接種会場においてアナフィラキシー等が発生した場合の救急体制の確認を行うこと。具体的には救急用品の置き場や使用方法、救護スペースの場所、会場スタッフの役割分担、自院で初期対応のみを行う場合の対応方法（搬送手順の確認を含む。）等をあらかじめ確認すること。

第5章 接種会場となる医療機関において接種に当たり実施すること

【企・医】

接種開始後には、接種実施医療機関等はワクチンの手配、従業員等への接種、費用請求等の業務を行うことになる。

1 ワクチンの手配のための手続き

職域接種で用いるモデルナ社のワクチンの納品量（分配量）については、各企業等における接種計画等を踏まえて国が決定する。納品量（分配量）の決定後の変更は認められないこと。

図 17 接種計画登録以降のスケジュール（第1クール～第3クール）

オミクロン株対応ワクチンの職域追加接種のクール設計とワクチン配送スケジュール

- 職域追加接種で用いるワクチンは、原則(※) 2週間に1度の頻度で配送することを予定しています。
- 各クールにおける実施申込みの締切については、以下の通り予定しています。
- 職域追加接種（3回目接種）を実施した会場は、第3クールまではWEBCASにて、第4クール以降はV-SYSにて実施申込み受付を行います。
- ワクチンを余らせることがないように、こまめな接種計画の見直しを行ってください。
- ワクチンが到着次第、接種開始が可能です。

※ 按日等を考慮し、頻度が前後するクールもありますので、ご留意の上、ご承知願ってください。

追加接種 クール名称	実施申込み 締切	接種計画登録/変更締切		分配量決定	[接種会場における 初回配送クールのみ] 冷凍庫配送	ワクチン配送
			【うち、冷凍庫貸与 希望の初回登録のみ】			
第1クール (10月後半接種開始)	9/27(火)	10/11(火) 15時	10/4(火) 15時	10/12(水)	10/17週	10/24週
第2クール (10月後半接種開始)	10/4(火)	10/18(火) 15時	10/11(火) 15時	10/19(水)	10/24週	10/31週
第3クール (11月前半接種開始)	10/11(火)	10/25(火) 15時	10/18(火) 15時	10/26(水)	10/31週	11/7週

図 18 接種計画登録以降のスケジュール（第4クール～第8クール）

オミクロン株対応ワクチンの職域追加接種のクール設計とワクチン配送スケジュール

- 職域追加接種で用いるワクチンは、原則(※) 2週間に1度の頻度で配送することを予定しています。
- 各クールにおける実施申込みの締切については、以下の通り予定しています。
- ワクチンを余らせることがないよう、こまめな接種計画の見直しを行ってください。
- ワクチンが到着次第、接種開始が可能です。

※ 祝日等を考慮し、頻度が前後するクールもありますので、ご確認の上、ご承知ください。

追加接種 クール名称	実施申込み 締切	接種計画登録/変更締切		分配量決定	(希望会場における 初回配送クールのみ) 冷凍庫配送	ワクチン配送
			【うち、冷凍庫貸与 希望の初回登録の方】			
第4クール (11月後半接種開始)	10/25(火)	11/8(火) 15時	11/1(火) 15時	11/9(水)	11/14週	11/21週
第5クール (12月前半接種開始)	11/8(火)	11/22(火) 15時	11/15(火) 15時	11/24(木)	11/28週	12/5週
第6クール (12月後半接種開始)	11/22(火)	12/6(火) 15時	11/29(火) 15時	12/7(水)	12/12週	12/19週
第7クール (1月前半接種開始)	12/6(火)	12/20(火) 15時	12/13(火) 15時	12/21(水)	12/26週	1/2週
第8クール (1月後半接種開始)	12/20(火)	1/10(火) 15時	12/27(火) 15時	1/11(水)	1/16週	1/23週

図 19 接種計画登録以降のスケジュール（第9クール～第12クール）

オミクロン株対応ワクチンの職域追加接種のクール設計とワクチン配送スケジュール

- 職域追加接種で用いるワクチンは、原則(※) 2週間に1度の頻度で配送することを予定しています。
- 各クールにおける実施申込みの締切については、以下の通り予定しています。
- ワクチンを余らせることがないよう、こまめな接種計画の見直しを行ってください。
- ワクチンが到着次第、接種開始が可能です。

※ 祝日等を考慮し、頻度が前後するクールもありますので、ご確認の上、ご承知ください。

追加接種 クール名称	実施申込み 締切	接種計画登録/変更締切		分配量決定	(希望会場における 初回配送クールのみ) 冷凍庫配送	ワクチン配送
			【うち、冷凍庫貸与 希望の初回登録の方】			
第9クール (2月前半接種開始)	1/10(火)	1/24(火) 15時	1/17(火) 15時	1/25(水)	1/30週	2/6週
第10クール (2月後半接種開始)	1/24(火)	2/7(火) 15時	1/31(火) 15時	2/8(水)	2/13週	2/20週
第11クール (3月前半接種開始)	2/7(火)	2/21(火) 15時	2/14(火) 15時	2/22(水)	2/27週	3/6週
第12クール (3月後半接種開始)	2/21(火)	3/7(火) 15時	2/28(火) 15時	3/8(水)	3/13週	3/20週

2 国又はワクチンメーカー等から物品が届いたときの取扱い

(1) ワクチンが届いたときの取扱い

モデルナ社のワクチンについては、バイアル（直径 24mm×高さ 50mm）が、幅 61mm×奥行 130mm×高さ 61mm の外箱に 10 本ずつ収納されている。納入量の多い接種実施医療機関等向けには、外箱 12 箱が収納された幅 195mm×奥行 275mm×高さ 140mm の元箱で配送される。

元箱単位で納品された場合は、元箱のまま冷凍庫に格納することを原則としつつ、開梱が必要な場合は、1 元箱ずつ冷凍庫から取り出して速やかに開梱作業を行う。

モデルナ社のワクチンについては、直接配送を受けた施設においてのみ接種でき、他会場への移送は認めない。

(2) 注射針、シリンジ及び PPE が届いたときの取扱い

注射針、シリンジ及び PPE は、ワクチンの分配量を踏まえて、発送されるため、届いたら接種まで保管すること。国から無償で提供する針、シリンジ及び PPE は、複数の製造メーカーから購入する等しているため、一度の配送に複数種類の製品が含まれる等する場合がある。

また、注射針及びシリンジについては、添付文書が省略される場合があるため、添付文書が必要な場合には、製品の容器等に記載された独立行政法人医薬品医療機器総合機構のウェブサイトを参照するか、同じく容器等に記載された製造販売業者の電話番号に問い合わせること。

(3) 予診票の取扱い

ファイザー社のワクチンとモデルナ社のワクチンの予診票は共通である。予診票については、第 4 章 2② i を参照すること。

職域接種においては、第 3 章 3（2）のとおり、保険医療機関コードを有する医療機関を含め、全ての接種実施医療機関等について類似コードを付番することから、職域接種として実施した予診票の医療機関等コード欄には、職域追加接種用に付番された 10 桁の類似コードを記載すること。（図 15 参照）

また、医師記入欄における「実施場所」欄については、「V-SYS10 桁コード__法人名__会場名」を記入すること。なお、アンダーバーについては、半角又は全角いずれも可とし、法人名及び会場名は V-SYS に登録した名称のとおりに記載すること。

図 20 予診票の医療機関コード記入欄
(職域接種用に付番された類似コードを用いること。)

接種実績の登録について (VRS)

実施場所(会場名)の記入、設定に関するお願い


予約票下部に記入する実施場所と、VRSに設定する会場名は、以下のように入力または設定してください。

- ・ 「V-SYSの会場コード(数字10桁)」「法人または団体の名称」「会場の名称」の形式にしてください。
- ・ 接種を担当する医療施設ではなく、必ず職域接種を申し込んだ法人または団体の情報にしてください。
 - ▶ 記入、設定すべき情報が不明の場合は、職域接種を申し込んだ法人または団体の担当者に、必ず確認してください。
- ・ 法人または団体の名称、および会場の名称は、V-SYSに登録した名称と同じものに入力してください。
- ・ アンダーバー()は、半角、全角どちらでもかまいません。
- ・ 1つの会場で複数の法人または団体を受け入れる場合は、**接種者の方が属する、職域接種を申し込んだ法人または団体の情報**にしてください。
 - ▶ 接種者の方が属する法人または団体が、職域接種を申し込んだ法人または団体と違う場合は、必ず職域接種を申し込んだほうの情報としてください(たとえば、子会社B社の方が、親会社A社の職域接種で受ける場合には、A社の情報となります)。

この職域接種の実施場所(会場名) (この欄に記入しない場合は予約票下部の会場名をそのまま入力してください)


実施場所(会場名)を記入、設定する場所

予約票(抜粋)



VRSの設定画面(抜粋)

設定



VRS に関する情報や、お問い合わせ マニュアル等の Web サイト: <https://co.go.jp/vrs/ysite>
電話によるお問い合わせ: 0120-063-200 (毎日9時~17時)

3 接種の流れ

接種の実施に当たっては、接種対象者に対して、職域接種の実施を周知するとともに、効率的な接種の観点から予約業務を行う。このとき、基礎疾患を有する者については、リーフレット等を活用し、可能な限り周知すること。

また、間違い接種チェックリスト（医療機関向け手引き様式 4-1）や「新型コロナ予防接種の間違いの防止について」（令和3年5月7日付け事務連絡）、「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その2）」（令和3年6月22日付け事務連絡）、「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その3）」（令和3年10月29日付け事務連絡）により、予防接種に係る間違いの発生防止に努めること。

新型コロナワクチン接種の後には、一定の頻度で疲労感、頭痛及び発熱などの症状が出ることもある。多人数に接種を行う場合には、一定割合の者に、接種後1～2日間以内にこうした症状により欠勤者が生じうることを踏まえ、例えば、同一部署の接種対象者については、何日かに分けて接種を行うなどの工夫を行うことが考えられる。

予約のキャンセル等により、当日分のワクチンに余剰が見込まれる場合については、可能な限り無駄なく接種を行う必要があることから、翌日以降に接種を予定している者に接種を行う等の対応が想定される。

(1) 受付（対象者の本人確認）

接種実施医療機関等は、窓口に来た対象者の接種券一体型予診票又は接種券（兼）接種済証及び予診票を確認し、記載された氏名等と本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、被保険者証等）の内容を確認する等の方法により、接種の対象者であることを慎重に確認すること。基礎疾患を有する者については、診断書等の証明書は必要としない。職域追加接種（オミクロン株対応）に当たっては接種券一体型予診票に記載されている2回目の接種年月日や接種券（兼）接種済証に記載されている1、2回目の接種記録などから追加接種までの接種期間を確認すること（2回目の接種を実施する場合は、1回目の接種記録から2回目接種までの接種期間を確認すること）。

市町村から接種券が届いておらず、被接種者が接種券を有していない場合には、被接種者が予診票に記載した住所・氏名・生年月日等を本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）により確認すること。

なお、接種券発行後に転居した場合については、原則として住民票が所在する市区町村から新たに接種券等の発行を受ける必要があることを対象者に説明すること。

また、海外において、日本で承認されている新型コロナワクチン及び当該ワクチンと同一のものとして取扱う新型コロナワクチン（「参考」の左欄に記載の海外製ワクチン）の接種を1回受けている者については、被接種者又はその保護者（親権を行う

者又は後見人を言う。以下同じ。)の同意のうえ、日本で2回目のワクチンを打って差し支えない。この場合において、職域接種会場にて本人又はその保護者が2回目の接種であると申し出た場合、その主張に沿って2回目分の接種券一体型予診票（又は2回目の接種券シールを予診票に貼付）を使用して差し支えないものとする。ただし、本人又はその保護者から接種回数について何ら申し出がない場合、1回目の接種券が印刷された予診票（又は1回目の接種券）を使用すること。

海外において、日本で承認されている新型コロナワクチン及び当該ワクチンと同一のものとして取扱う新型コロナワクチン（「参考」の左欄に記載の海外製ワクチン）以外の接種を受けている者について、被接種者本人又はその保護者が希望する場合は、ワクチンを接種して差し支えない。ただし、接種に当たって、医師は、日本で承認された新型コロナワクチンとそれ以外の新型コロナワクチンの交接種に係る安全性等の科学的知見はないことを本人に説明した上で接種を行うこと。この場合、1回目分の接種券一体型予診票（又は1回目の接種券シール）から順に使用すること。

（参考）接種済みとみなすことができる新型コロナワクチンの対応表

右記のワクチンを接種したものとみなすことができる海外製のワクチン	日本で承認されたワクチン
・復星医薬（フォースン・ファーマ）／ビオンテック社製 「コミナティ」	・ファイザー社製 「コミナティ筋注」
・インド血清研究所が製造する 「コビシールド（Covishield）」	・アストラゼネカ社製 「バキスゼブリア筋注」
・インド血清研究所が製造する 「コボバックス（COVOVAX）」	・武田社（ノババックス）製 「ヌバキソビッド筋注」

（2） 予診

接種実施医療機関等において、接種を行う前に予診票の確認、問診、検温等の診察を行い、予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べる。その際に、接種対象者が接種医（看護師等が医師の指示の下で接種を行う場合には、当該医師）の名前を確認できるようにすること。参考として、厚生労働省ホームページにおいて、予診票の確認のポイントを掲載している。

（予診票の確認のポイント：<https://www.mhlw.go.jp/content/000786185.pdf>）

また、モデルナ社のワクチンに含まれているポリエチレングリコール等を含む医薬品については、医薬品医療機器総合機構（PDMA）のホームページで検索することができる。

なお、電話や情報通信機器を用いた診療の活用にあたっては、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施における電話や情報通信機器を用いた診療の活用につ

いて」(令和3年5月25日付け事務連絡)を参照すること。また、他の医療機関等に所属する医師等による予診が、オンライン診療の活用により接種実施医療機関外から行われる場合であっても、当該予診と接種実施医療機関が行う業務が時間的に近接して行われ、かつ、常時連絡を取れる体制を確保する等、接種実施医療機関の管理者の管理責任の下で一体的に医療が提供されるよう、留意する。(「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの迅速な接種のための体制確保に係る医療法上の臨時的な取扱いについて(その3)」(令和3年5月28日付け事務連絡))

令和3年12月1日以降の接種券については、原則として、接種券一体型予診票を使用することとする。ただし、やむを得ない事情がある場合は、接種券(兼)接種済証の使用も認めることとする。また、時間外・休日加算を含めた接種費用の請求方法等の効率化を図る観点から、予診票の記載項目を変更することとする。その他、接種券様式の変更に伴い接種済証等の様式についても所要の変更を行う。

令和4年5月25日以降は、原則1～3回目用の統一様式として、予診票の記載項目を一部修正した予診票を使用することとし、令和3年12月1日から令和4年5月24日までの予診票は原則使用しないこと。ただし、既に印刷している場合等、やむを得ない事情がある場合については使用しても差し支えない。

5月25日以降に実施する接種については、被接種者が、接種券一体型予診票を持参する場合と、接種券(兼)接種済証を持参する場合がある。被接種者が、接種券(兼)接種済証を持参した場合であって、予診票を持参していないときは、医療機関において印刷した令和4年5月25日以降の様式の予診票を使用する。

① 副反応等に関する説明及び同意

予診の際は、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こりえる副反応やまれに生じる重い副反応、予防接種健康被害救済制度については、新型コロナワクチンの接種対象者又はその保護者がその内容を理解しうるよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合に限り接種を行うものとする。また、「新型コロナワクチンの説明書」やその他情報提供資材等により、新型コロナワクチンの特徴等について事前に情報を得た上で必要な説明を受けられるようにするなど工夫すること。

- ・新型コロナワクチンの有効性・安全性について(厚生労働省ホームページ)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yuukousei_anzensei.html

- ・新型コロナワクチンの予診票・説明書・情報提供資材(厚生労働省ホームページ)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html

なお、新型コロナワクチン接種後の心筋炎・心膜炎（以下「心筋炎等」という。）に関して、次のことが報告されている。

- ・ファイザー社とモデルナ社ワクチン接種後に、ごくまれに、心筋炎等を発症した副反応疑い事例が報告されている。特に10代及び20代の男性（以下「若年男性」という。）の2回目接種後4日程度の間が多い傾向がある。
- ・若年男性では、1、2回目接種でも3回目接種でも、ファイザー社ワクチンに比べて、モデルナ社ワクチン接種後の心筋炎等疑い報告の頻度が高い傾向がみられる。ただし、3回目接種後の心筋炎疑い報告の頻度は、ファイザー社ワクチン、モデルナ社ワクチンともに、1、2回目接種時に比べて低い傾向にある。

このため、モデルナ社ワクチンの接種予約をした若年男性に対しては、本人が希望する場合には同社ワクチンの接種が可能であるが、本人がファイザー社ワクチンの接種を希望する場合には、コロナワクチンナビ又は市町村のホームページで近隣のファイザー社ワクチンの接種会場を検索し、予約するよう伝える等の対応を行うこと。

- ・「厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会における審議を受けた対応について」（令和3年10月15日付け事務連絡）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000844053.pdf>

認知症の高齢者等で意思確認を行うことが難しい場合についても、季節性インフルエンザ等の定期接種と同様、それぞれの状況に応じて、家族やかかりつけ医、高齢者

施設の従事者など、日頃から身近で寄り添っている方々の協力を得て、本人の接種の意向を丁寧に酌み取ることなどにより本人の意思確認を行うこと。また、意思は確認できるものの、身体的事情等で自署ができない場合には、家族等による代筆を行うなど、適切な運用に努めること。

② 接種歴の確認

複数回接種が必要な新型コロナワクチンを接種する場合、予診を行う医師は、予防接種済証を確認し、過去に接種したワクチンの種類を確認すること。

新型コロナワクチンの接種前及び接種後に、他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおくこと。また、2種類以上の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は行わないこと。

図 21 予防接種行政における「〇日（以上）の間隔をおいて」の意味について



③ 意思確認が困難な者に対する予防接種等

i 接種対象年齢

新型コロナワクチンの接種対象となる年齢については、各製剤の承認内容等により異なる可能性があることから、最新の情報に留意するとともに、接種にあたっては、被接種者が対象年齢に含まれるかどうかについて十分に確認すること。

モデルナ社のワクチンについては、1、2回目接種においては12歳以上の者が対象になり、オミクロン株対応ワクチン接種においては1、2回目接種を完了した18歳以上の者が対象となる。

ii 意思確認が困難な者に対する予防接種

意思確認が困難な場合であっても、家族や、介護保険施設等に入所している場合は嘱託医等の協力を得ながら本人の意思確認をし、接種についての同意を確認できた場合に接種を行うこと。

④ 接種不相当者及び予防接種要注意者

予診の結果、異常が認められ、以下の接種不相当者に該当する疑いのある者と判断される者に対しては、当日は接種を行わないこと。

- i 新型コロナウイルス感染症に係る他の予防接種を受けたことのある者で本予防接種を行う必要がないと認められるもの
- ii 明らかな発熱を呈している者（※1）
- iii 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- iv 本予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者（※2）
- v 上記に該当する者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

※1 明らかな発熱とは、通常 37.5℃以上の発熱をいう。

※2 いずれかの新型コロナワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかである者については、当該者に対し、当該新型コロナワクチンの接種を行うことができない。

また、予防接種の判断を行うに際して注意を要する以下の者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得ること。また、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等の対応をとること。なお、基礎疾患を有する者については十分な予診を行い、基礎疾患の状況が悪化している場合等については、接種の延期も含め、特に慎重に予防接種の適否を判断する必要があること。

- i 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- ii 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- iii 過去にけいれんの既往のある者
- iv 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- v 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
- vi バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者（※）

※モデルナ社のワクチンのゴム栓には、乾燥天然ゴムは使用されていない。

妊娠中又は妊娠している可能性がある場合には、本予防接種の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ接種を行うこと。（参考：妊娠中の者への新型コロナワクチンの接種及び新型コロナウイルス感染症対策の啓発について（令和3年8月23日付け事務連絡）<https://www.mhlw.go.jp/content/000822336.pdf>）

既感染者については、接種対象から除外せず、事前の感染検査も不要である。

通常起こりうる副反応の説明に当たっては、「新型コロナワクチン接種後の発熱等の症状への対応について」（令和3年4月21日付け事務連絡）等の知見も参考に、受診や相談を検討する目安を予め伝えることが望ましい。

被接種者が、かかりつけの医師に確認せずに接種を希望した場合についても、予診医が接種可能と判断した場合は接種が可能である。「新型コロナワクチン接種における予診時の確認について」（令和3年5月25日付け事務連絡）を参照すること。

なお、予診の結果、接種を行わなかった場合についても、時間外・休日加算を請求することができる。

- ・ 接種券一体型予診票については、図22のように、右上の接種券部分の「予診のみ」のを黒のボールペン等で塗りつぶすこと。接種券一体型予診票を持参したが、予診のみで接種を受けなかった者については、接種券の再発行に係る手続きを行う必要があることを伝えること。券種番号は「2」のまま問題ない。
- ・ 接種券（兼）接種済証については、「診察したが接種できない場合」のシール（図23の枠囲みの部分）を台紙から剥がして、予診票に貼付して、請求を行う。

接種を行わなかった場合には、予診票の最下段の医師記入欄の「接種年月日」の欄については、予診を行った年月日を記載すること。

接種を行わなかった場合には、ワクチン接種記録システム（VRS）への読み込みを行わないこと。

図22 接種券一体型予診票を持参した者に対して予診の結果、接種を行わなかったときの対応

新型コロナワクチン接種の予診票 券種は「2」のまま

※太枠内にご記入またはチェックを入れてください。

予診のみのチェック欄を塗りつぶす

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	券 種 2 (<input checked="" type="checkbox"/> 予診のみ) 3 回目	請求先 ○○県○○市 123456
フリガナ	氏 名	券 番 号 1234567890	氏 名 厚生 ●●●●●●●● 太郎
氏 名	電話 番 号 () -	231234561234567890	
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 度 分

図 23 接種券（兼）接種済証

接種券			診察したが接種できない場合			新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券種	2 (□ 予防のみ)	3 回目	券種	1 (■ 予防のみ)	3 回目	5 回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	接種年月日	
券番号	1234567890	QRコード	券番号	1234567890	QRコード	年	接種場所
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎		氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎		月	
231234561234567890			131234561234567890				
<p>接種を受ける方へ</p> <p>●シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。</p> <p>●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。</p>						氏名	厚生 太郎
						住所	〇〇県〇〇市〇〇 〇〇〇-〇〇
						生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生
						〇〇県〇〇市長	

(3) 接種時の注意点等

① 接種液

- i 接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認する。ワクチンの使用に当たっては、バイアルに印字されている有効期限を超えて使用できる場合があるので、「ファイザー社ワクチン及び武田／モデルナ社ワクチンの有効期限の取扱いについて」（令和4年4月22日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）を参照し、ロットNo.を確認の上、使用すること。

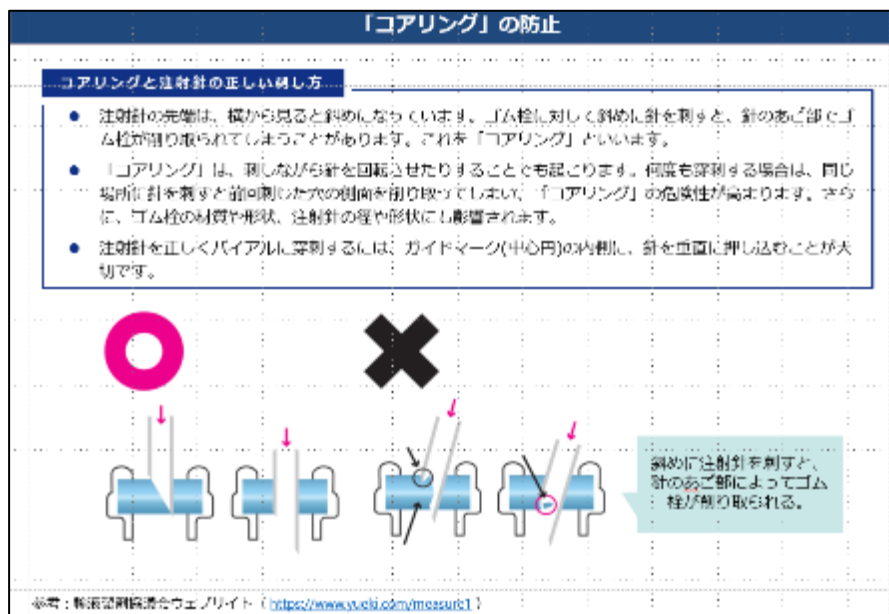
接種液に異常が見られた場合については、ワクチンメーカーに連絡の上、当該バイアルを廃棄せずに保管しておくこと。

接種液に異物を認めた場合の対応については、「新型コロナウイルスワクチンに異物の混入があった場合の対応等について」（令和3年9月2日付け事務連絡）を参照すること。

なお、コアリング（※）を防ぐために、注射針をバイアルに穿刺する際は、ガイドマーク（中心円）の内側に、針を垂直に押し込むこと。また、刺しながら注射針を回転させたり、同じ場所に何度も穿刺しないこと。

※ 注射針の先端は、横から見ると斜めになっており、ゴム栓に対して斜めに針を刺すと、針のあご部でゴム栓が削り取られてしまうことがある。これを「コアリング」という。

図 24 コアリングと注射針の正しい刺し方



- ii 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷凍庫、冷蔵庫等を使用する。溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるため、添付文書を確認の上、適切に使用すること。

② 接種時の注意

次に掲げる事項を遵守すること。

- i 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。
- ii ワクチンによって、凍結・再凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。
- iii 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。
- iv バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。
- v 添付文書に記載された方法により接種を行うこと。接種前には接種部位をアルコール消毒すること。
- vi 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。また、注射針及びシリンジ（注射筒）は、被接種者ごとに取り換えなければならないこと。
- vii 被接種者に対して、次に掲げる事項を要請すること。
 - イ 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させること。
 - ロ 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせること。
 - ハ 被接種者は、ロの場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、必要に応じて被接種者が居住している（住民票のある）市町村の担当部局に連絡することができる。
- viii 障害者が接種を受ける場合に当たっては、被接種者本人のほか介助者や家族に対して丁寧な説明を行うとともに、障害の特性に応じた対応を行うこと。
- ix 被接種者が座位又は仰臥位の状態で接種を行うこと。

※医療従事者のための新型コロナウイルスワクチンを安全に接種するための注意とポイント：

動画 <https://www.youtube.com/watch?v=rcEVMi20tCY>

リーフレット <https://www.mhlw.go.jp/content/000764700.pdf>

（厚生労働行政推進調査事業費補助金“新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業”「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」）

③ 予防接種の間違いの報告

接種医（看護師又は准看護師が医師の指示の下で接種を行う場合には、当該医師）は、臨時接種を実施する際、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、万が一、誤った用法用量でワクチンを接

種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いを把握した場合には、以下の i から vi までの内容を任意の様式に記載し、被接種者が居住している（住民票のある）市町村に速やかに報告すること。（あわせて「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その 2）」（令和 3 年 6 月 22 日付け事務連絡）等を参照すること。）

- i 予防接種を実施した機関
- ii ワクチンの種類、メーカー、ロット番号
- iii 予防接種を実施した年月日（間違い発生日）
- iv 間違いに係る被接種者数
- v 間違いの概要と原因
- vi 健康被害発生の有無（健康被害が発生した場合は、その内容）

④ ワクチン接種に伴い排出される廃棄物について

使用済みの注射針がごみ袋に誤混入したことによる針刺し事故が複数件報告されているため、十分注意すること。

注射針等の血液等が付着した廃棄物は感染性廃棄物として処理することとし、容器については以下の点に注意すること。

- 感染性廃棄物は、密閉でき、収納しやすく、損傷しにくい医療廃棄物容器に 梱包して排出すること。
- 特に、注射針等の鋭利なものについては、針刺し事故が起こらないよう分別を徹底し、プラスチック製容器等の耐貫通性のある堅牢な医療廃棄物容器に梱包すること。なお、バイアルや防護具等の他の廃棄物と混同するおそれがある場合には、一括して堅牢な医療廃棄物容器に投入することは妨げない。
- 発生する感染性廃棄物が少量である場合は適当な大きさの容器を選択すること。
- ワクチン接種の廃棄物とその他の通常診療に伴う感染性廃棄物を梱包する廃棄物容器は区別しないことが望ましい。
- 腐敗するおそれのある感染性廃棄物が混入している場合にあつては、容器に入れ密閉すること、冷蔵庫に入れること等腐敗の防止のために必要な措置が講じられていること。

また、感染性廃棄物を排出までに保管する場所は、周囲に囲いを設け、当該廃棄物の保管場所である旨等を表示した掲示板を掲げ、当該廃棄物以外の物が混入するおそれのないよう仕切りを設けること等の必要な措置を講じなければならない。その他、廃棄物処理法の基準を順守すること。「新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種に伴い排出される廃棄物の処理について（通知）」（令和 3 年 4 月 2 日付け環循発第 2104021 号・環循規発第 2104021 号環境省環境再生・資源循環局廃棄物適正処理推進課長・廃棄物規制課長通知）を参照すること。

⑤ 16歳未満の予防接種等

i 16歳未満への予防接種 ※1、2回目接種のみ可能

新型コロナワクチンの接種対象となる年齢については、各製剤の承認内容等により異なる可能性があることから、最新の情報に留意するとともに、接種にあたっては、被接種者が対象年齢に含まれるかどうかについて十分に確認すること。

1、2回目接種の接種対象となった16歳未満への予防接種を実施する場合は、原則、保護者の同意・同伴が必要であること。保護者の同意については、予診票の保護者自署欄で必ず確認すること。ただし、中学生以上の被接種者に限り、当日の受付時に、接種することについての保護者の同意を予診票上の保護者自署欄にて確認できたときは、保護者の同伴を要しないこととすることができるものとする。

その際、接種の実施に当たっては、あらかじめ保護者の連絡先を把握するとともに、被接種者本人が予防接種不適合者又は予防接種要注意者か否かを確認するために、予診票に記載されている質問事項に対する回答内容に関する本人への問診を通じ、診察等を実施した上で、必要に応じて保護者に連絡するなどして接種への不適合要件の事実関係等を確認するための予診に努めること。

なお、保護者が特段の理由で同伴することができない場合は、被接種者の健康状態を普段より熟知する親族等で適切な者が、保護者から委任を受けて同伴することができる。この場合に、接種実施医療機関や接種会場において必要がある場合には、当該同伴に関する委任状の提出を求める取扱いとしても差し支えない。

ii 学校における予防接種について

学校を会場とし、当該学校に所属する生徒に接種を行う形態の集団接種（以下、「学校集団接種」という。）により行うことは、その実施方法によっては、保護者への説明の機会が乏しくなる、接種への同調圧力を生みがちである、副反応への対応体制の整備が難しいといった制約があることから、現時点で推奨するものではない。

ただし、個別接種の体制の確保が困難である場合など、特に地域の事情がある場合に、ワクチンの接種主体である市町村の判断において学校集団接種を行う場合には、生徒及び保護者への情報提供及び同意、接種が事実上の強制とならないようにすること、集団接種に対応できる体制の整備、予防接種ストレス関連反応への対応等について十分留意し、適切な対策を講じる場合に限り実施することができる。（「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を生徒に対して集団で実施することについての考え方及び留意点等について」（令和3年6月22日文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課、厚生労働省健康局健康課事務連絡）参照）

⑥ ワクチンの必要量確保及び廃棄にかかる報告

本手引き等を参考に貴重なワクチンの適切な管理に努めるとともに、使い切れない量のワクチン（以下「余剰ワクチン」という。）を生じさせることがないように、以下の点に留意すること。

- i 接種計画の作成に当たっては、あらかじめ対象者の接種の意向を事前に確認すること等により、精緻な接種計画を作成し、必要量のみ確保すること。
- ii 接種計画登録後の事情変更等により、必要量に変更が生じた場合には、原則2週間ごとの各クールの変更締切までに計画量の変更を確実に行うこと。
- iii ワクチン配送後の事情変更等により、必要以上のワクチンの配送を受けた場合でも、関係企業や取引先との調整等を通じた接種対象者の範囲の拡大を図り、接種を呼びかける等により、職域追加接種会場においてワクチンを活用しきるよう努めること。

万が一、職域追加接種実施期間中に、適正な保管温度からの逸脱や接種取消、有効期限切れ等の理由により、ワクチンの接種ができなくなり、1回も接種せずにバイアル単位でのワクチン廃棄が生じた場合は、V-SYSに入力するとともに、厚生労働省健康局予防接種担当参事官室に速やかに報告を行うこと。

- ・3回目接種についての報告：「新型コロナワクチンの職域追加接種におけるワクチンの廃棄に関する報告書」

(https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/syokuiki_haiki)

- ・オミクロン株対応ワクチン接種についての報告：「新型コロナワクチンの職域追加接種（オミクロン株対応ワクチン）におけるワクチンの廃棄に関する報告書」

(https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/tsuikasyokuiki_haiki)

また、職域追加接種の完了時点で余剰となったワクチンに係る廃棄については、完了登録によりV-SYSに入力すること。

なお、オミクロン株対応ワクチン接種に係る廃棄報告及び職域追加接種の完了登録等については、「新型コロナワクチン追加接種（オミクロン株対応）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて（協力依頼）」（令和4年10月25日厚生労働省健康局予防接種担当参事官室事務連絡）

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001004461.pdf>) を参照すること。

※3回目接種については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて（協力依頼）」（令和4年3月9日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000911088.pdf>) を参照すること。

当該報告に基づき、企業名、廃棄量、廃棄経緯・要因及び再発防止策等の概要について、厚生労働省のホームページにおいて原則公表することとするので、十分に留意の上、ワクチンを適切に取り扱うこと。なお、廃棄した分のワクチンについては基本的に補填しない。

- ・「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種における職域接種のワクチン廃棄に関する公表について」（令和3年7月21日付け健発0721第6号厚生労働省健康局長通知）<https://www.mhlw.go.jp/content/000809844.pdf>

⑦ 実費徴収

新型コロナワクチンの接種に要する費用は被接種者又はその保護者から徴収することができない。

（４） 接種に当たっての事務

① 接種時点で接種券を有する者

i 接種券一体型予診票の場合

予診票のワクチン名・ロット番号、接種場所、接種年月日等の欄に記入を行う。

（ワクチン名・ロット番号の欄は、ワクチンメーカーから送付されるロット番号等が記されたシールを貼付しても差し支えない。）

被接種者が持参した接種済証にワクチンメーカーから送付されるシールのうちQRコードが有る方のシールを貼付し、接種年月日及び接種医療機関名を記入する。

時間外に接種を行った場合は医療機関記入欄の時間外の○を黒のボールペン等で塗りつぶし、受付時間を記入すること。休日に接種を行った場合には、予診票の医師記入欄の該当する○と医療機関記入欄の時間外又は休日加算の○を黒のボールペン等で塗りつぶし、時間外の場合は受付時間を記入すること。

被接種者が接種済証を持参していない場合については、接種記録書（図25）を交付する。被接種者が接種済証の発行を希望する場合には、市町村に対して交付申請を行うことになる。

医療機関等においては、接種を受けた者の接種券一体型予診票のコピー又は控えを保管するものとする。なお、接種券一体型予診票又は接種券を貼付した予診票のコピー又は控えを診療録として差し支えない（「新型コロナワクチン接種に当たっての診療録の作成について」（令和3年5月28日事務連絡））。したがって、これらの書類は、原則として5年間保存すること。

ii 接種券（兼）接種済証の場合

接種時に、予診票に、「接種券」のシールを台紙から剥がして、予診票の所定の欄に貼付する。

予診票のワクチン名・ロット番号、接種場所、接種年月日等の欄に記入を行う。
(ワクチン名・ロット番号の欄は、ワクチンメーカーから送付されるロット番号等が記されたシールを貼付しても差し支えない。)

接種済証に、ワクチンメーカーから送付されるシールのうち QR コードが有る方のシールを貼付し、接種年月日及び接種医療機関名を記入する。

時間外又は休日に接種を行った場合には、予診票の医師記入欄の該当する○を黒のボールペン等で塗りつぶすこと。時間外に接種を行った場合には、受付時間を記入すること。

医療機関等においては、接種を受けた者の接種券を貼付した予診票のコピー又は控えを保管するものとする。なお、接種券一体型予診票又は接種券を貼付した予診票のコピー又は控えを診療録として差し支えない(「新型コロナワクチン接種に当たっての診療録の作成について」(令和3年5月28日事務連絡))。したがって、これらの書類は、原則として5年間保存すること。

② 接種時点で接種券を有しない者

接種の時点で接種券を有していない場合の事務運用については、「例外的な取扱として接種券が届いていない追加接種対象者に対して新型コロナワクチン追加接種を実施する際の事務運用について」(令和3年11月26日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡)及び「追加接種の速やかな実施のための接種券の早期発行等について」(令和4年1月27日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡)を参照すること。

接種券部分が印字されていない予診票を用いて予診を行い、接種を実施する。この際、予診票には接種券部分以外の必要事項をすべて記入するとともに、ワクチン名・ロット番号の欄にワクチンメーカーから送付されるロット番号等が記されたシール(以下「ロット番号シール」という。)を貼付する。

なお、接種当日に記入した予診票の内容を接種券一体型予診票に転記する作業を指示する可能性があることに留意すること。

接種後、接種記録書(図25)(※)及び記入が完了した予診表の写しを被接種者に対して交付する。この際、当該写しにロット番号シールを貼付する。

※被接種者が接種済証の交付を希望する場合には、被接種者による接種券の提出時に、接種記録書の内容を接種済証に転記することが考えられる。

記入が完了した予診票と残りのロット番号シールは、医療機関又は職域接種事務局が保管する。

接種券を持参した際は下記のとおり取り扱うこと。なお、医療機関等においては、予診票のコピー又は控えを保管するものとする。なお、接種券一体型予診票又は接種券を貼付した予診票のコピー又は控えを診療録として差し支えない(「新型コロナ

クチン接種に当たっての診療録の作成について」(令和3年5月28日事務連絡))。したがって、これらの書類は、原則として5年間保存すること。

i 住民票所在自治体から発行された接種券が接種券一体型予診票の様式であった場合

被接種者に対し、接種当日に記入し保管していた予診票又は交付していた予診票の写しを参照し、当該予診票又は写しの被接種者記入欄の記載内容を接種券一体型予診票に転記するよう依頼する。

※接種券部分の破損や紛失のおそれがあることから、接種券一体型予診票から接種券部分を切り取って、予診票に添付するといった取扱いは行わないこと。

医療機関等は被接種者の転記作業に続き、当該接種券一体型予診票の医師記入欄に接種当日に記入した予診票の記載内容を転記(※)する。この際、ワクチン名・ロット番号欄に保管していたロット番号シールを貼付するとともに、当該接種券一体型予診票が転記後のものとわかるよう、住所欄の右端に「(写)」と記入すること。

※転記作業は、医師の指示のもと、医師以外の者が実施することとしても差し支えない。

関係者が転記内容を事後的に確認できるようにする観点から、必要に応じて、当該接種券一体型予診票の写しを2部作成し、1部は医療機関又は職域接種事務局が保管し、1部は被接種者に交付する。

転記が完了した接種券一体型予診票は、VRS読み取り等を実施した後、費用請求を行うため、市町村又は都道府県国民健康保険団体連合会に提出する。

ii 住民票所在自治体から発行された接種券が、接種券(兼)接種済証(シール型)の様式だった場合

被接種者が持参した接種券(兼)接種済証の接種券シールを保管していた予診票に貼付する。

接種券シールを貼付した予診票の写しを作成し、保管する。この際、保管していたロット番号シールを当該写しに貼付する。接種券シールを貼付した予診票はVRS読み取り等を実施した後、費用請求を行うため、市町村又は国民健康保険団体連合会に提出する。

図 25 接種記録書（参考）

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

3回目	No. (発行) (発行)	氏名			
接種年月日		住所			
年		生年月日	年	月	日
月		日	接種券番号		
接種会場					


新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

- この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。（発行まで時間を要する場合があります。）

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
 - ➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
 - ➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。



(5) 接種後の経過観察

接種後にアナフィラキシーを呈することがあるため、接種後少なくとも 15 分間は被接種者の状態を観察する必要がある。また、過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を引き起こしたことがある者については、接種後 30 分程度、状態の観察をする必要がある。

経過観察に当たっては、転倒による怪我等を防止するために、背もたれのある椅子に座って待機する等の対策を講じること。

接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるため、過去に採血等で気分が悪くなる又は失神等を起こしたことがある者については、接種後 30 分程度、体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要がある。なお、予診の結果等から血管迷走神経反射による失神が生じる可能性が高いと考えられる者については、ベッド等に横たわらせて接種するといった予防策も考えられる。

アナフィラキシー発生時の対応については、日本救急医学会作成のワクチン接種会場における「アナフィラキシー対応簡易チャート」

(<https://www.jaam.jp/info/2021/info-20210622.html>) 等を参考に適切に対応する必要がある。

血管迷走神経反射については、通常、臥位安静にて軽快するが、患者の状態によっては適切な医療機関に搬送する等、適切に対応する必要がある。

また、待機時間の活用の一環として、接種後の副反応への対応方法や、相談・対応可能なコールセンターや医療機関等の周知、予防接種後もマスク着用等の基本的な感染症予防対策を引き続き継続する必要がある旨等、接種後の生活における注意事項等の周知を行うことも考えられる。

(6) VRS (ワクチン接種記録システム) への実績登録

VRS は個人の接種状況を記録するシステムであり、被接種者の情報や、接種日・接種回数・ワクチンの種類等の接種記録情報を市町村が管理を行っている。接種実施医療機関等がワクチンを接種した場合には、VRS に当該接種記録情報を登録しなければならない。職域接種において VRS への接種記録情報への登録は、接種会場に配付される VRS タブレット端末を用いて行い、被接種者の住民票所在地の市町村に共有、管理される。

職域接種に係る VRS の概要等及び VRS タブレット端末の使い方については、別途資料や動画で示している。

なお、VRS における接種記録情報は、予防接種証明書の発行だけでなく、接種対象者の抽出等、被接種者の住民票所在地市町村における事務にとって極めて重要なことから、月末の請求時にまとめて入力するのではなく、接種券の早期回収（随時回収を含む）を実施し、速やかに VRS へ接種記録情報を入力いただきたいこと。

詳細については下記の通知を参照すること。

また、下記の通知を受け、市町村が追加接種対象者の抽出準備のため、入力されたVRS データにおける接種実施日等のデータ確認を行っており、市町村から問い合わせの連絡があった場合には、データの修正を含め協力いただきたいこと。

- ・「ワクチン接種記録システム（VRS）への早期入力のお願について」（令和3年9月22日事務連絡）（<https://www.mhlw.go.jp/content/000835182.pdf>）

② 接種券を有する者

接種が終了したら、予診票右上に貼り付けられた接種券の18桁のOCRライン及びは二次元コードを、VRS タブレット端末を用いて読み取る。

OCR ライン（18桁）

2 + 1 + 000001 + 2100300002

券種 回数 自治体コード 券番号（固定値）

1桁 1桁 6桁 10桁

VRS についての詳細は、デジタル庁 HP「接種会場の担当者向け利用ガイド」において最新情報を公開している。

URL: <https://info.vrs.digital.go.jp/guide/venue/>

また、VRS タブレット端末の使い方については、YouTube でも解説されている。

URL : https://www.youtube.com/watch?v=ZL_y7L7wCC4

② 接種券を有しない者

予診票は、後日、被接種者が接種券を持参するまで接種医療機関等において保管し、接種券を回収後に予診票の所定の欄に貼付し、上記「①接種券を有する者」と同様に OCR ライン及び二次元コードを VRS タブレット端末で読み取る。

図 26 接種実績の登録について

デジタル庁作成 2022年10月7日版

ワクチン接種記録システム(VRS)

【職域接種】オミクロン株対応ワクチン接種記録の登録方法とお願い

接種券の読み取り方法について

これまでの接種と同様、予診票右上にある接種券部分(下図の青枠部分)を、VRS タブレット端末で読み取ります。接種券に二次元コードが印刷されている場合は、二次元コードも読み取り画面に収めるようにしてください。また、読み取り画面上の赤い帯は、接種券部分にある 18 桁の数字に重なるように読み取ってください。

タブレット端末のカメラに映す範囲

読み取り画面上の赤い四角
二次元コード

予診票(抜粋)

新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)			
※太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。			
住所欄に 記載されて いる住所	テスト1丁目1番1号		
フリガナ	テスト テスト	電話番号	()
氏名	テスト テスト	電話番号	-

券種	2 (口予診のみ)	4	項目
請求先	テスト県テスト市	999999	
券番号	9999999999		
氏名	テスト テスト		
99999999999999999999			

読み取り画面上の赤い帯 18桁の数字

実施場所(会場名)の記入、設定に関するお願い

予診票下部に記入する実施場所と、VRS に設定する会場名は、以下のように記入または設定してください。

- 「V-SYS の保険医療機関コード(数字 10 桁) 法人または団体の名称 会場の名称」の形式にしてください。
- 接種を担当する医療施設ではなく、必ず職域接種を申し込んだ法人または団体の情報にしてください。
 - 記入、設定すべき情報が不明の場合は、職域接種を申し込んだ法人または団体の担当者に、必ず確認してください。
- 今回のオミクロン株対応ワクチン接種で、V-SYS の保険医療機関コードが変更されている場合があります。必ず最新の保険医療機関コードを確認してください。
- 法人または団体の名称、および会場の名称は、V-SYS に登録した名称と同じものにしてください。
- アンダーバー()は、半角、全角どちらでもかまいません。
- 1つの会場で複数の法人または団体を受け入れる場合は、接種者の方が属する、職域接種を申し込んだ法人または団体の情報にしてください。
 - 接種者の方が属する法人または団体が、職域接種を申し込んだ法人または団体と違う場合は、必ず職域接種を申し込んだほうの情報としてください (たとえば、子会社 B 社の方が、親会社 A 社の職域接種で受ける場合には、A 社の情報となります)。

この職域接種の 実施場所(会場名)	(この欄に、記入および設定する実施場所(会場名)を記入いただき、接種現場の方への周知にお役立てください)
----------------------	--

実施場所(会場名)を記入、設定する場所

予診票(抜粋)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所 医師名・接種年月日
シール貼付位置		実施場所
※種に合わせて適うように 貼り付けてください		1309990000_●●株式会社_東京本社会場
(旧)接種履歴が反映しない仕様		医師名
		テスト 医師

注) 赤字である必要はありません。
複数行に分けてもかまいません。

VRS の設定画面(抜粋)

設定

会場名: 1309990000_●●株式会社_東京本社会場

登録日: 2021-04-06

ワクチンメーカー、製品名の選択について

2022年9月以降、VRSにおけるワクチンの選択方法が変更されています。

接種したワクチンを確認のうえ、以下のように設定してください。

- ・ ワクチンは、「ワクチンメーカー」及び「ワクチン製品名」の組合せで選択する方法へ変更されています。
- ・ 2022年10月以降、職域接種で使用するオミクロン株対応ワクチンは、モデルナ社の BA.1 株対応ワクチンとなります。
- ・ ワクチンメーカーは「モデルナ」、ワクチン製品名は「スパイクボックス(2価:BA.1)」を必ず選択してください。
※2価:BA.4/5は職域接種では使用しません。選択の間違いにくれぐれもご注意ください。

タブレット端末でのワクチン設定方法

オミクロン株対応ワクチンは
「スパイクボックス(2価:BA.1)」を選択してください

これまで	現状
<p>設定</p> <p>会場名: 青空会場</p> <p>接種日: 2021-04-06</p> <p>ワクチン: ファイザー</p> <p>ロットNo: A12341120</p> <p>医師名(姓): 山口 医師名(名): 太郎</p> <p>+戻る 登録</p>	<p>設定</p> <p>会場名: 青空会場</p> <p>接種日: 2022-10-11</p> <p>ワクチンメーカー: モデルナ</p> <p>ワクチン製品名: スパイクボックス(2価:BA.1)</p> <p>ロットNo: AB123456</p> <p>医師名(姓): 医師 医師名(名): 太郎</p> <p>+戻る 登録</p>

● メーカー、製品名の組合せをプルダウンから選択してください

● ワクチンの選択間違いにご注意ください

VRS に関する情報や、お問い合わせ

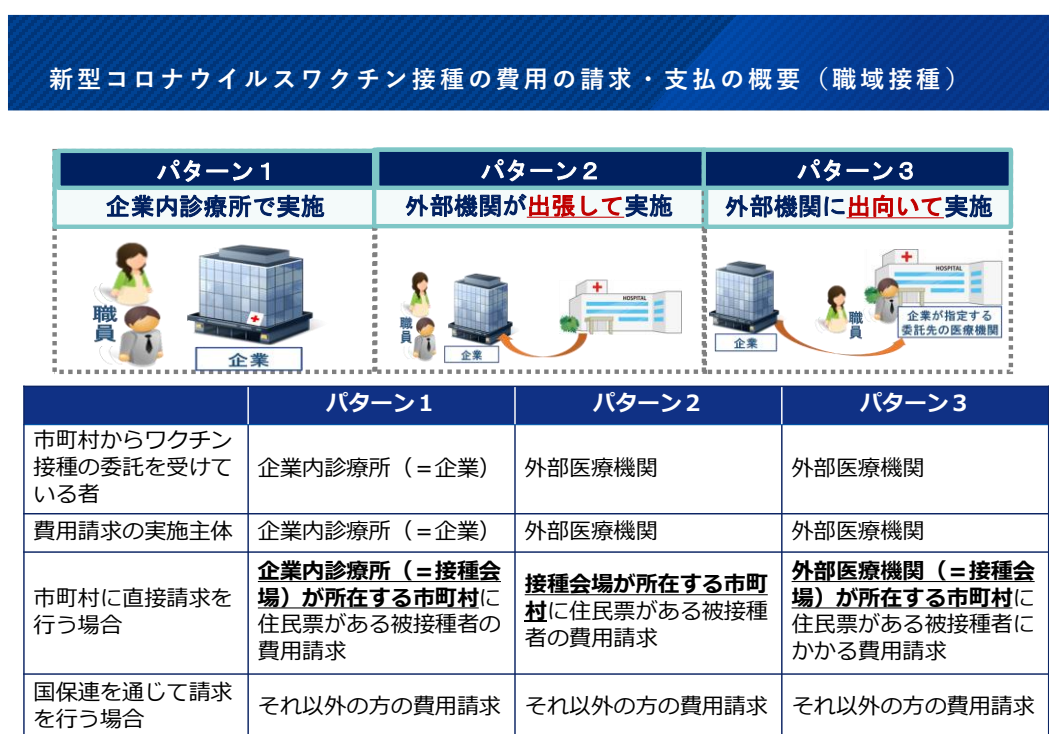
マニュアル等の Web サイト: <https://info.vrs.digital.go.jp/guide/venue/>
電話によるお問い合わせ: 0120-063-200 (毎日 9時~17時)

第6章 請求事務【企・医】

1 概要

新型コロナワクチンの接種に係る費用については、接種を受けた方の住民票所在地の市町村が支払いを行うことから、接種実施医療機関等の所在する市町村（P11の【パターン2】の場合は接種会場の所在する市町村。以下、同じ。）に対しては、原則直接当該市町村へ請求するものとする。一方、接種実施医療機関等の所在する市町村以外に対しては、集合契約を行うとともに、支払い代行機関である国保連を通じて請求を行う。なお、接種実施医療機関等が、国保連と個別に契約を結ぶ必要はない。

図 27 費用の請求・支払いの概要



※市町村によっては、接種会場が所在する市町村への請求についても、国保連に委託している場合がある

請求は、予診票の原本を用いる。接種時点で接種券を有していない被接種者に接種を行った場合は、「例外的な取扱として接種券が届いていない追加接種対象者に対して新型コロナワクチン追加接種を実施する際の事務運用について」（令和3年11月26日付け事務連絡）に基づき請求を行う。

請求にあたっては、第5章3（6）で実績の登録が終了した予診票の原本を、請求先の市町村（接種券に記載のある市町村）ごとに分類する。

予診票の原本の分類については、以下の手順で行う。

- ① 接種実施医療機関等が所在する市町村の住所が記載されたものとそれ以外の市町村の住所が記載されたものに分別する。さらに、それ以外の市町村分については、市町村ごとに分別する。
- ② ①のそれぞれを予診のみと接種実施に分別する。
- ③ ②のそれぞれを時間外・休日加算を示す医療機関記入欄がある予診票、記入欄がない予診票に分別する。
- ④ ③のうち、時間外・休日加算を示す医療機関記入欄がある予診票については、加算請求の有無に分別する。

V-SYS にログインし、「国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成」をクリックし、請求件数を入力することで、請求総括書及び市区町村別請求書を作成することができる。V-SYS 上での入力方法については、V-SYS マニュアルを参照すること。

請求総括書の出力に当たっては、接種実施医療機関等が所在する市町村への請求方法を確認する必要がある。通常、国保連には接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村分のみの請求を行う。接種実施医療機関等が所在する市町村への請求についても国保連に委託している場合については、市町村からその旨の案内がある。

市区町村別請求書を作成した後、予診票の編綴を行う。編綴方法は、「新型コロナワクチン追加接種（4回目接種）開始以降の請求時の編綴方法について」（令和4年5月17日事務連絡）（<https://www.mhlw.go.jp/content/000942687.pdf>）を参照すること。

時間外及び休日に接種をした場合の加算の請求方法については、医療機関等は市区町村別請求書に記載の時間外・休日加算分の請求件数と予診票の当該加算チェック件数が一致することに留意すること。

また、新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業における職域接種促進のための支援策は、中小企業又は大学等（以下「中小企業等」という。）が接種を委託した外部の医療機関が、中小企業等の指定した場所に出張して実施する職域接種を対象とするものである。請求の際には、「職域接種促進のための支援事業の実績報告について」（令和3年8月12日事務連絡）に基づき、実績報告等を都道府県に提出すること。

なお、中小企業等が実施する職域接種における接種対象者が、「中小企業等が接種を委託した外部の医療機関に出向いて職域接種を受ける場合」及び「大学等が実施する職域接種における接種対象者が、大学の附属病院に出向いて職域接種を受ける場合及び大学の附属病院が当該大学内で実施する場合」は、職域接種促進のための支援策ではなく、医療機関への個別接種促進のための支援の対象となるものである。

図 28 費用の請求・支払いについて

費用の請求・支払い ～接種費用・時間外・休日加算分～

- 1、2回目接種では、医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者の接種費用については当該市区町村へ、それ以外は国保連合会へ請求している。また、時間外・休日加算については、医療機関所在地の市区町村に別途請求していた。
- 令和3年12月接種分からは、該当市区町村又は国保連合会に対し、接種費用の請求と一体的に時間外・休日加算分も請求する。**1、2回目接種分についても、予診票を変更し、時間外、休日加算分と接種費用を一体的に請求**することとした。
- 医療機関等が、費用請求する先等は以下のとおり。

令和3年11月接種分まで

被接種者	請求費用	提出書類	請求先	備考
医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者	接種費用	市区町村別請求書 予診票	市区町村	医療機関の手引き等参照
医療機関所在地と異なる市区町村に居住する者	接種費用	請求総括書 市区町村別請求書 予診票	国保連合会	医療機関の手引き等参照
全ての者	時間外・休日加算	請求書 実績報告	市区町村	令和3年6月23日付け事務連絡参照

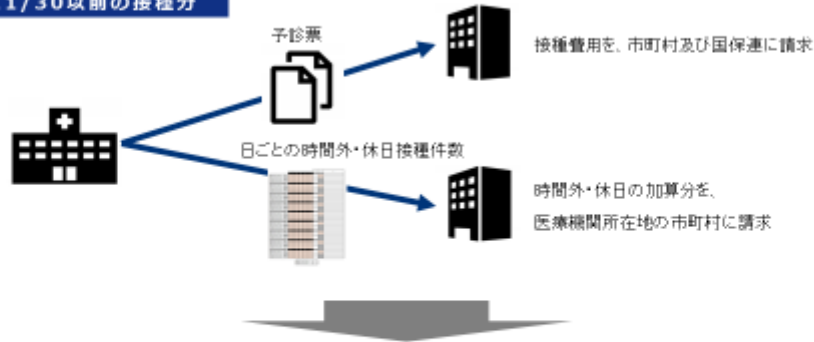
令和3年12月接種分から

被接種者	請求費用	提出書類	請求先	備考
医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者	接種費用 時間外・休日加算	市区町村別請求書 接種票一体型予診票	市区町村	医療機関の手引き等参照
医療機関所在地と異なる市区町村に居住する者	接種費用 時間外・休日加算	請求総括書 市区町村別請求書 接種票一体型予診票	国保連合会	医療機関の手引き等参照

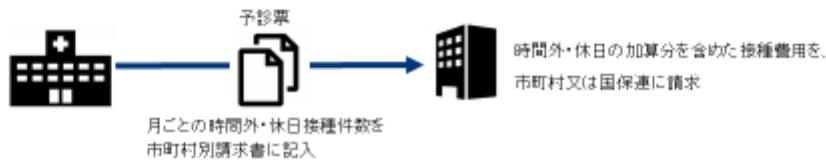
※医療機関等が加算を示す医療機関記入欄がない予診票を使用した場合は、時間外・休日加算分の請求は市区町村に行う。

**費用の請求・支払い
～予診票の旧様式から新様式への切り替えに伴う請求方法の変更～**

11/30以前の接種分



12/1以降の接種分



2 請求の流れ

職域接種においては、既に保険医療機関番号を有している医療機関も含め、申込みがされた全ての接種実施医療機関等に対して類似コードを付番する運用をとっており、集合契約の委任状には当該類似コードを記載することとしている。よって、職域接種において費用請求で提出する書類には職域接種用に新規付番された類似コードを記載すること。

(1) 接種実施医療機関等が所在する市町村への請求

① 接種実施医療機関等が所在する市町村分の請求を当該市町村に行う場合

接種実施医療機関等が所在する市町村への請求に当たっては、当該接種を行った日が属する月の翌月 10 日まで（ただし、行政機関の休日に当たる場合は、翌営業日までとする。）に、当該市町村名が記載された接種券一体型予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本と市区町村別請求書を当該市町村へ提出する。医療機関等から市町村に直接請求を行う場合の請求書については、市町村で指定する様式に従って作成いただく必要があるため、その様式が V-SYS から出力できる様式と同じ場合には、V-SYS から出力された市区町村別請求書（図 29）を活用することができる。編綴方法は、図 32 及び図 33 のとおり。また、当該市町村への初回の請求時には、口座届出書をあわせて提出すること。口座届出書の参考様式は医療機関向け手引き様式 5-1 に示すが、市町村から示される様式を用いること。その際、「医療機関等番号」の欄には、第 3 章 3 (2) に記載の、職域接種のために新たに付番された 10 桁の類似コードを記入すること。

口座届出書は二回目以降の請求時には不要だが、支払先の口座に変更がある場合には再度提出すること。市町村は、審査を終えた日の属する月の翌月末までに請求額の支払いを行う。

② 接種実施医療機関等が所在する市町村分の請求を国保連に行うことができる場合

また、市町村によっては、接種実施医療機関等が所在する市町村への請求についても、国保連に委託している場合がある。この場合についても市町村から連絡がある。この場合、同一市町村内にお住まいの方を含む請求総括書を出し、同一市町村の方の分も含め国保連に請求を行う。請求方法は (2) を参照すること。

(2) 接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村への請求

① 提出書類及び提出方法

接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村への請求に当たっては、請求先の市町村ごとに仕分けをした接種券一体型予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本に請求総括書及び市区町村別請求書をつけて、当該接種実施医療機関等が所在

する都道府県の国保連に提出する。接種実施医療機関等が所在する市町村分の請求を国保連にできる場合には、当該市町村分をほかの市町村分と合わせて国保連に請求することができる。

また、当該国保連への初回の請求時には、口座届出書（図 30）をあわせて提出すること。提出の際、「医療機関等番号」の欄には、職域接種において付番された 10 桁の類似コードを記入すること。

予診票に添付する請求総括書（図 34）及び市区町村別請求書は、V-SYS に請求先市町村ごとの接種回数を入力することで、V-SYS 上で発行することができる。請求総括書は通常同一市内にお住まいの方の分を含まないものを出力するが、接種実施医療機関等が所在する市町村分の請求を国保連に行う場合には、同一市内にお住まいの方を含む請求総括書を出力する必要がある。

接種実施医療機関等が所在する市町村分の請求を国保連に行う場合には、当該市町村分の請求を合わせて国保連に行う。この場合、同一市内にお住まいの方を含む請求総括書を出力する必要がある。

接種実施医療機関等は、接種等を行った場合、当該接種を行った日が属する月の翌月 10 日までに当該医療機関等が所在する都道府県の国保連に対して送付する（ただし、行政機関の休日に当たる場合は、翌営業日までとする。）。

国保連への送付にあたっては、請求総括書及び市区町村別請求書を合わせて添付する。そのうち、請求総括書は、同一の接種実施医療機関等から、同一月に 1 枚のみ送付とする。なお、「請求総括書」内の「施設区分」については、国保連における請求支払で使用するものであり、「1」が医療機関、「2」が健診機関・介護事業所・新規登録医療機関・その他を表すが、接種実施医療機関等で特段留意する必要はない。

国保連への書類提出に当たって、郵送の方法に指定はないが、各都道府県の国保連によって対応が異なる場合がある。詳細については、所在地の国保連に問い合わせること。

なお、接種実施医療機関等から国保連へ請求する請求総括書・市区町村別請求書に集計等の誤りがあった場合、国保連において修正等を行うなどして、各市区町村へ送付することとなる。この際、接種実施医療機関等には、国保連から支払額通知書及び支払額内訳書が通知されるので、請求額との相違について、当該支払額内訳書により確認すること。

② 請求・支払いの流れ

請求を受けた国保連は、原則として請求期日までに、接種実施医療機関等からの請求額と委託事務手数料を市町村へ請求する。請求を受けた市町村は、納入期日までに、国保連へ請求額の支払いを行う。国保連は、接種実施医療機関等から請求のあった日が属する月の翌々月末までに、医療機関等に対して請求額の支払いを行う。上記

の運用にあたっては市区町村と各都道府県国保連の契約に従う。国保連において、提出書類に誤りを見付けた場合、接種実施医療機関等に対し返戻・再提出を依頼する場合がある。

③ 費用の支払先

職域接種においては、既に保険医療機関番号を有している医療機関も含め、申請がされた全ての接種実施医療機関等に対して類似コードを付番する運用をとっており、集合契約の委任状には当該類似コードを記載することとしている。

そのため、国保連からの費用の支払先として、当該類似コードにより、接種実施医療機関等と振込先口座を紐づけることが必要となるため、初回請求時には、口座届出書（図 30）をあわせて国保連に提出すること。

また、国保連からの連絡先・各種書類（支払額に係る通知書・請求書・予診票の返戻等）の送付先が口座届出書に記載の連絡先（接種施設の電話番号）・所在地（接種施設の住所地）と異なる場合は、口座届出書の備考欄において、送付を希望する担当部署等の住所地等を登録すること。

（3） 請求・支払に誤りがあった場合の調整（過誤請求）

新型コロナワクチンの接種等に関する市町村、接種実施医療機関等からの請求内容等に不備等が判明したものについて、当該請求内容等の調整を行う。

① 接種実施医療機関等から市町村へ直接請求が行われた場合

i 市町村が費用の支払いを行った場合

市町村が費用の支払いを行った場合、当該医療機関等と市町村の間で直接過誤調整を行う。

過誤調整の方法としては、以下の方法が考えられる。

- ・ 接種実施医療機関等に対して過払い分について返還請求を行う方法
- ・ 接種実施医療機関等に対して不足分を追加で支払う方法
- ・ 接種実施医療機関等の次回以降の請求に対して相殺を行う方法

ii 市町村が費用の支払を行っていない場合

市町村は、過誤のあった請求書について、速やかに医療機関等へ差し戻しを行い、当該医療機関等から再度請求を行わせる。市町村は、適切な請求が行われた日の属する月の翌月末までに支払を行う。

② 国保連を通じて請求が行われた場合

市町村は、国保連に費用の支払を行い、接種実施医療機関等又は国保連を通して過誤請求を行う。

i 国保連からの請求に対して調整を行う方法

市町村は、過誤のある請求を行った接種実施医療機関等に対し、過誤がある旨の連絡を直接行った上で、国保連を通じて過誤の調整を行う。

ii 医療機関等に直接請求する方法

市町村は過誤のある請求を行った接種実施医療機関等と直接連絡を行い、返還請求を行う。

【補足事項】

○ 職域接種においても、費用請求を行う主体は接種実施医療機関等となるが、上記に記載した一連の請求事務について、接種実施医療機関等と企業等との間で、適切に役割分担を行うことにより、企業等が、当該医療機関が行う費用請求事務を支援することは差し支えないものであること。その際には、V-SYS の ID・パスワードを含め、請求に必要な情報の取扱には十分注意すること。

○ 誤って予診票に保険医療機関番号を記載した場合については、下記の通知を参照すること。

令和3年8月5日付け事務連絡「職域接種において誤って予診票に保険医療機関番号を記載した場合の対応等について」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000816812.pdf>)

令和3年8月31日付け事務連絡「職域接種において誤って予診票に保険医療機関番号を記載した場合の対応等について（その2）」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000825865.pdf>)

図 29 接種実施医療機関等が当該医療機関等の所在する市町村に対して請求を行う
 ときに V-SYS を用いて出力する市区町村別請求書のイメージ
 【令和3年12月1日以降】

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地 :
 代表者氏名 :
 電話番号 :

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

医療機関等番号(10桁) :

医療機関等名称 :

年 月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

↑ 太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,330円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
	6歳以上(休日)	3,670円
	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,730円
接種	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所地内 接種分	対象

※医療機関等の所在地と請求先が
同じ市区町村の場合はチェック

図 30 医療機関が所在する市町村に提出する口座届出書の参考様式の記載例

※様式について、市町村から様式の指定がある場合は市町村からの指示に従うこと。

**新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の
請求及び受領に関する届**

① 20 年 月 日 提出

② ○○市町村長 御中

開設者（代表者） 住所
氏名 ③

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおりに記入のうえ提出いたします。

医療機関 等番号	④		TEL	⑨ - -
フリガナ 医療機関 等名称	⑤		FAX	⑩ - -
郵便 番号	⑥ -		金融機関コード	
フリガナ			振込先	⑪
所在地	⑦		支店コード	
			支店名	⑫
フリガナ			講座 種目	⑬ 1:普通 2:当座
請求者	⑧		口座 番号	⑭
			フリガナ 口座 名義人	⑮
届出理由(該当番号に○を付けて下さい。)		請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号	
1 新設		⑰ 20 年 月 より	⑱	
2 請求者または口座名義人の変更				
3 振込先及び口座番号の変更				
4 その他()				
備 考				

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

① 提出年月日

② 医療機関の所在地の市町村名

③ 開設者の住所及び氏名
(開設者が法人の場合は法人名と代表者名)

④ 医療機関番号又は健診機関番号(10桁)

⑤ 医療機関名称又は健診機関名称

⑥ ⑤の所在地郵便番号

⑦ ⑤の所在地(フリガナも記載)

⑧ 請求者の氏名(フリガナも記載)

⑨ ⑤の電話番号

⑩ ⑤のFAX番号

⑪ 振込先金融機関の名称と
金融機関コード(4桁)

⑫ 振込先金融機関の本店・支店名称と
支店コード(3桁)

⑬ 該当する講座種目番号に○印

⑭ 振込先金融機関の口座番号(右詰)

⑮ 通帳等に記載されている口座名義人
(フリガナ)も記載

⑯ 該当する届出理由番号に○印

⑰ 請求の開始又は届け出内容に変更が
発生する年月

⑱ 医療機関等番号に変更が生じた場合のみ
旧医療機関等番号を記載

図 31 医療機関の請求方法 【令和3年12月1日以降】

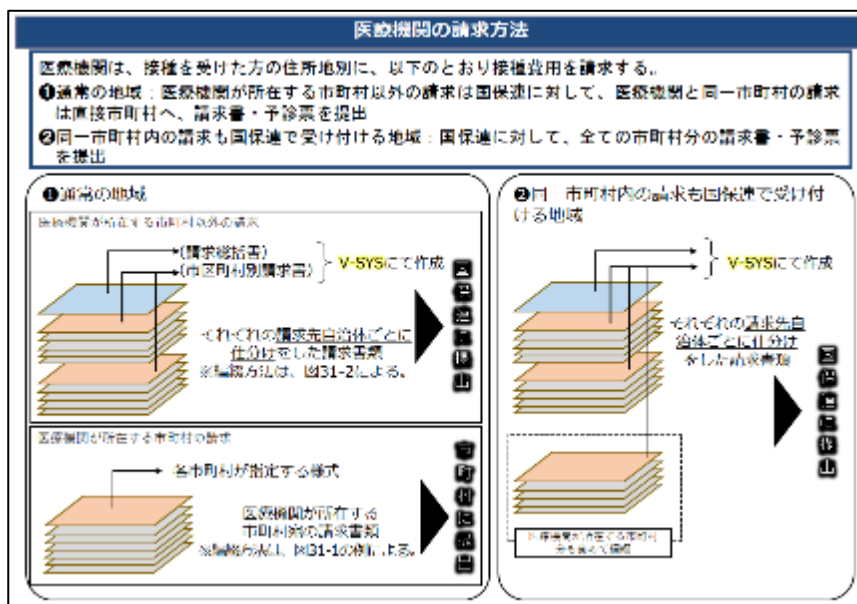
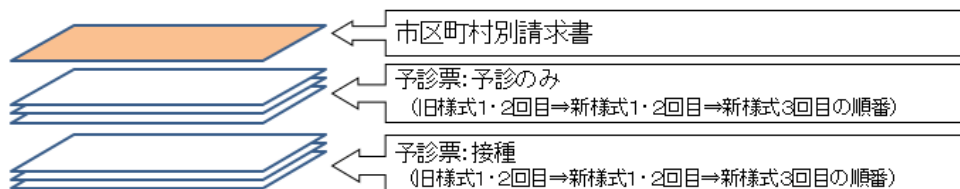


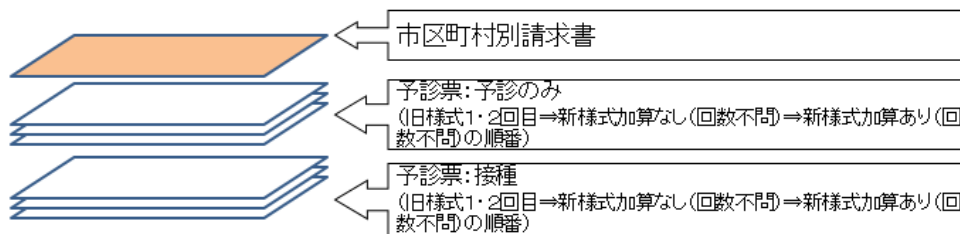
図 32 接種実施医療機関等が所在する市町村への請求時の編綴方法の例
【令和4年6月以降】

医療機関等から市町村に請求する際の編綴方法（令和4年6月請求分から）

【令和4年5月に請求する分まで】(変更前)



【令和4年6月に請求する分から】(変更後)



※国保連合会において、市区町村別請求書の請求件数と予診票の枚数等を突合する。

旧様式:加算を示す医療機関記入欄がない予診票※令和3年11月30日以前の予診票
新様式:加算を示す医療機関記入欄がある予診票※令和3年12月1日から令和4年5月24日の予診票(図11から14)
及び令和4年5月25日以降の予診票(図15及び16)

図 33 国保連合会への請求時の編綴方法【令和4年6月以降】

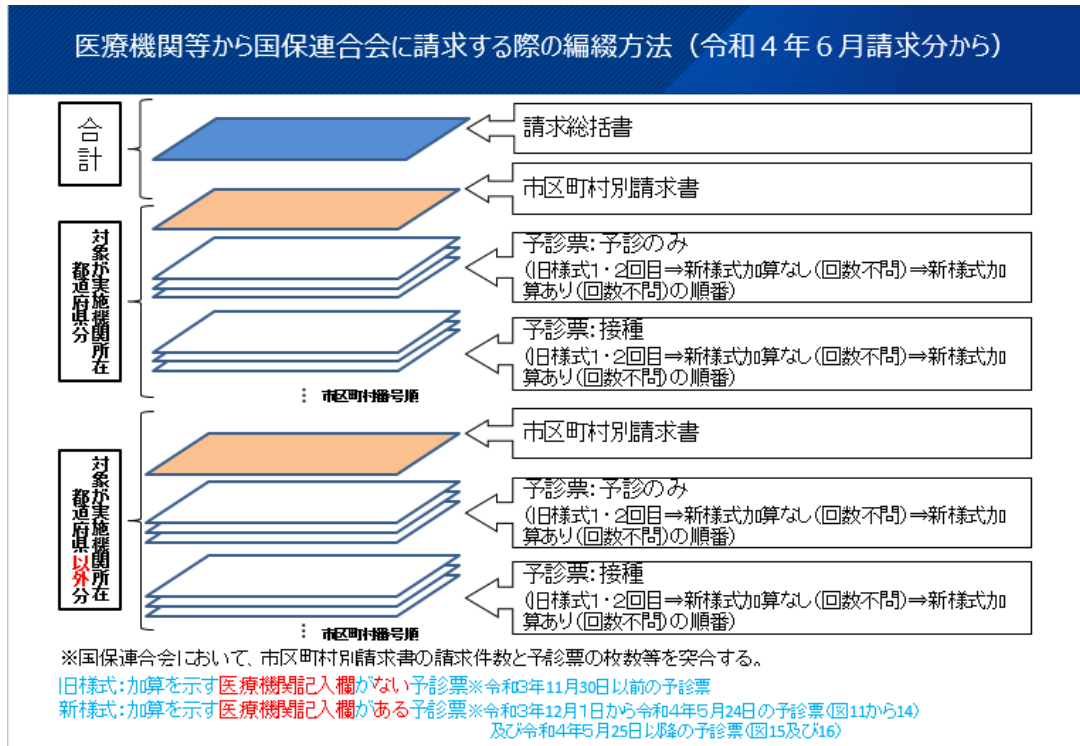


図 34 接種実施医療機関等が国保連に対して請求を行うときに V-SYS を用いて出力する請求総括書のイメージ【令和 3 年 12 月 1 日以降】

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地 :
 代表者氏名 :
 電話番号 :

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分 :
 医療機関等番号 (10桁) :
 医療機関等名称 :

年 月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価 (税抜き)》

予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,330円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
	6歳以上(休日)	3,670円
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所市内 接種分含む	対象

※医療機関等の所在地と請求先を
含む場合はチェック

図 35 国保連から支払について、保険医療機関コードに相当する類似コードの口座番号情報を提出する際の様式の記載方法

**新型コロナワクチン接種に係る費用の
請求及び受領に関する届**

① 20 年 月 日 提出

② 国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者） 住所 ③
氏名

新型コロナワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関等番号	④				
フリガナ	⑤	TEL	⑨	—	連 合 会 使 用 欄
医療機関等名称		FAX	⑩	—	
郵便番号	⑥				
フリガナ		振込先	金融機関コード		
所在地	⑦		⑪		
		支店名	⑫		
		預金種目	⑬ 1:普通 2:当座		口座番号 の コ ー ド を 入 力 し て ま い
フリガナ	⑧	フリガナ	⑮		
請求者		口座 名 義 人	⑭		
届出理由（該当番号に○を付けて下さい。）		請求開始（変更）年月	旧医療機関等番号		
1 新設		⑰ 20 年 月 より	⑱		
2 請求者または口座名義人の変更					
3 振込先及び口座番号の変更					
4 その他（					
備 考					

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

① 提出年月日

② 医療機関の所在地の都道府県名

③ 開設者の住所及び氏名
(開設者が法人の場合は法人名と代表者名)

④ 医療機関番号又は健診機関番号(10桁)

⑤ 医療機関名称又は健診機関名称

⑥ ⑤の所在地郵便番号

⑦ ⑤の所在地(フリガナも記載)

⑧ 請求者の氏名(フリガナも記載)

⑨ ⑤の電話番号

⑩ ⑤のFAX番号

⑪ 振込先金融機関の名称と
金融機関コード(4桁)

⑫ 振込先金融機関の本店・支店名称と
支店コード(3桁)

⑬ 該当する講座種目番号に○印

⑭ 振込先金融機関の口座番号(右詰)

⑮ 通帳等に記載されている口座名義人
(フリガナ)も記載

⑯ 該当する届出理由番号に○印

⑰ 請求の開始又は届け出内容に変更が
発生する年月

⑱ 医療機関等番号に変更が生じた場合のみ
旧医療機関等番号を記載

第7章 職域接種の完了

職域接種完了の具体的な手続については以下のとおりとする。

1 職域接種完了前にすべきこと

本手引き等を参考に貴重なワクチンの適切な管理に努めるとともに、使い切れない量のワクチンを生じさせることがないように、以下の点に留意すること。

- i 接種計画の作成に当たっては、あらかじめ対象者の接種の意向を事前に確認すること等により、精緻な接種計画を作成し、必要量のみ確保すること。
- ii 接種計画登録後の事情変更等により、必要量に変更が生じた場合には、原則2週間ごとの各クールの変更締切までに計画量の変更を確実に行うこと。
- iii ワクチン配送後の事情変更等により、必要以上のワクチンの配送を受けた場合でも、関係企業や取引先との調整等を通じた接種対象者の範囲の拡大を図り、接種を呼びかける等により、職域追加施主会場においてワクチンを活用しきるよう努めること。

万が一、職域追加接種実施期間中に、適正な保管温度からの逸脱や接種取消、有効期限切れ等の理由により、ワクチンの接種ができなくなり、1回も接種せずにバイアル単位でのワクチン廃棄が生じた場合は、V-SYSに入力するとともに、厚生労働省健康局予防接種担当参事官室に速やかに報告を行うこと。

- ・3回目接種についての報告：「新型コロナワクチンの職域追加接種におけるワクチンの廃棄に関する報告書」

(https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/syokuiki_haiki)

- ・オミクロン株対応ワクチン接種についての報告：「新型コロナワクチンの職域追加接種（オミクロン株対応ワクチン）におけるワクチンの廃棄に関する報告書」

(https://www.mhlw.go.jp/form/pub/mhlw01/tsuikasyokuiki_haiki)

また、職域追加接種の完了時点で余剰となったワクチンに係る廃棄については、完了報告登録によりV-SYSに入力すること。

なお、オミクロン株対応ワクチン接種に係る廃棄報告及び職域追加接種の完了登録等については、「新型コロナワクチン追加接種（オミクロン株対応）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて（協力依頼）」（令和4年10月25日厚生労働省健康局予防接種担当参事官室事務連絡）

(<https://www.mhlw.go.jp/content/001004461.pdf>)を確認すること。

※3回目接種については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて（協力依頼）」（令和4年3月9日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000911088.pdf>)を参照すること。

当該報告に基づき、企業名、廃棄量、廃棄経緯・要因及び再発防止策等の概要について、厚生労働省のホームページにおいて原則公表することとするので、十分に留意の上、ワクチンを適切に取り扱うこと。なお、廃棄した分のワクチンについては基本的に補填しない。

- ・「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種における職域接種のワクチン廃棄に関する公表について」（令和3年7月21日付け健発0721第6号厚生労働省健康局長通知）<https://www.mhlw.go.jp/content/000809844.pdf>

2 職域接種の完了時にすべきこと

職域追加接種の完了時には、貸与している-20℃冷凍庫の回収等の観点から、厚生労働省に報告する必要がある。詳細のスケジュールや手続については、以下の事務連絡を参考に、適切に手続を行うとともに、オミクロン株対応ワクチン接種に係る廃棄報告及び職域追加接種の完了登録等については、「新型コロナワクチン追加接種（オミクロン株対応）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて（協力依頼）」（令和4年10月25日厚生労働省健康局予防接種担当参事官室事務連絡）[（https://www.mhlw.go.jp/content/001004461.pdf）](https://www.mhlw.go.jp/content/001004461.pdf)を確認すること。

※3回目接種については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る職域接種の廃棄報告及び完了登録等の取扱いについて」（令和4年3月9日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）[（https://www.mhlw.go.jp/content/000911088.pdf）](https://www.mhlw.go.jp/content/000911088.pdf)を参照すること。

※職域追加接種の完了登録における入力項目

- ・接種開始日及び接種終了日
- ・職域接種完了時までに行う手続の実施状況
 - ・V-SYS への接種実績／廃棄実績の登録状況
 - ・集合契約に係る委任状の提出状況
 - ・診療所の新規開設、巡回診療の届出状況
 - ・新規開設した診療所で今後医療行為を行わない場合の廃止届出状況
 - ・廃棄報告の提出状況（余剰ワクチン以外）
 - ・接種券のVRSへの読み込みの実施状況
 - ・費用請求手続きの実施状況
 - ・未配送ワクチンの確認
 - ・冷凍庫の回収先情報（会場閉鎖等に伴い、会場住所とは異なる冷凍庫の回収先住所を指定することは差し支えない。）

・余剰ワクチンの廃棄報告

(1) 職域接種完了報告後に必要なその他の作業

以下の作業についてはすべてが完了していない状態であっても完了報告フォームを入力して差し支えないが、完了報告フォーム入力後も引き続き適切に実施すること。

- ・ 接種券の回収が完了していなかった場合は、接種券を回収し VRS で読み込むこと。
- ・ ワクチン接種に伴う費用請求について、未請求分があった場合は、費用請求を行うこと。
- ・ VRS での読み込みが全て終了したら、VRS タブレットを返却すること。
- ・ 入金を含めて、全ての費用請求が完了したことの確認を行うこと。

第8章 副反応疑いの患者から連絡があった場合の対応 【医】

法の規定による副反応疑い報告については、「定期の予防接種等による副反応の報告等の取扱いについて」（平成25年3月30日健発0330第3号、薬食発0330第1号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）

(https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html)を参照し、PMDAのウェブサイトから電子的に報告、あるいは当該通知に定められた様式に記載のうえPMDAの専用FAXに送付すること。なお、調査票提出の対象となる疾患（急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群（GBS）、血小板減少症を伴う血栓症（TTS）、心筋炎及び心膜炎）について報告する場合は、調査票についても遺漏無く記入の上、送付すること。）

以下の厚生労働省ウェブサイト上にて当該報告に係る方法・様式等の詳細を示しているため、参照の上、副反応疑い報告を行うこと。また、当該報告内容について製造販売業者又はPMDAが詳細調査を行う場合があるため、報告を行った医療機関においては、製造販売業者等が実施する詳細調査へご協力いただきたい。

【医師等の皆さまへ～新型コロナワクチンの副反応疑い報告のお願い～】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_hukuhannou_youshikietc.html

「新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応を疑う症状に対する診療体制の構築について」（令和3年2月1日付け健発0201第2号厚生労働省健康局課長通知）において、身近な医療機関が、新型コロナウイルスワクチン接種後に副反応を疑う症状を認めた場合、必要に応じて専門的な医療機関に円滑に受診できるよう、都道府県が専門的な医療機関への協力依頼を行うことが示されている。

図36 副反応疑い報告制度

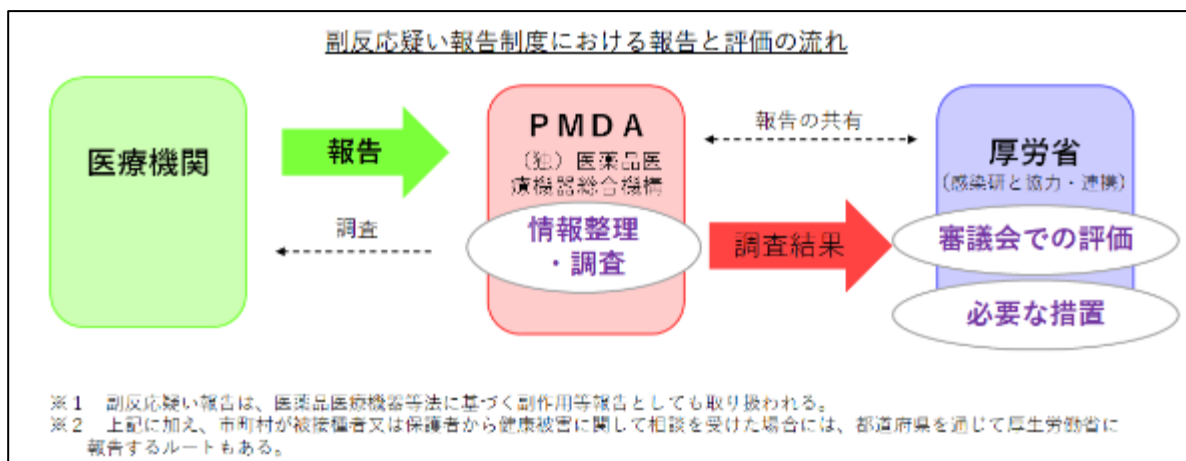


図 37 副反応疑い報告様式（様式 8-1）の記載例
 FAX で送付する場合は厚生労働省ホームページの様式
 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_hukuhannou_youshikietc.html) の
 「報告様式」を参照し、記載すること

0120-011-126 へFAX送信してください(新型コロナワクチン専用FAXです)
 ・色付の欄は必ず記載してください。不明な箇所は空欄ではなく、「不明」と記載してください。
 ・報告様式2ページ目の「報告基準」も記載のうえ、割提出ください。
 ・数十件とりまとめてではなく、こまめな提出にご協力ください。

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		定期接種・臨時接種		任意接種	
氏名(フルネーム)を記載してください。	氏名又は姓、シナゴ (姓・名)	性別	男 女	接種時年齢	年齢 月 日
ワクチン名を必ず記載してください。 ※具体的な名称がわからない場合は、「新型コロナウイルス」と記載してください。	住所 〒 東京都 千代田 区 千代田 5-10-10	電話番号	00-0000-0000		
午前または午後12時までに○印を付け、時刻は12時間表記で記載してください。 (記載例) 0:00=午前0時 8:00=午前8時 正午=午前12時または午後0時 20:00=午後8時 24:00=午後12時	接種日時 接種日時(年・月・日) 接種時刻(時・分・秒) 2023年1月10日 10時	製造販売業者名を必ず記載してください。	製造販売業者名 ファイザー(株)	接種回数	① 第 1 回目 ② 第 2 回目 ③ 第 3 回目 ④ 第 4 回目
症状がADEMあるいはGBSの場合は、報告書と共に調査票も提出してください。	接種場所 接種場所(施設名) 接種場所(住所) 東京都千代田区千代田 5-10-10	接種種別	ワクチンの種類 ① mRNAワクチン ② 従来型ワクチン ③ その他	接種回数	① 第 1 回目 ② 第 2 回目 ③ 第 3 回目 ④ 第 4 回目
症状	接種後経過 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)
接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)
接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)
接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)
接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)	接種後経過	接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間) 接種後経過(症状発現までの時間)

以下の場合は、「第1報」に○をしてください。
 ・1回目接種後の症状に関する報告書提出が1回目の場合
 ・2回目接種後の症状に関する報告書提出が1回目の場合(同一患者について、1回目接種後の症状について報告書提出済みの場合だが、2回目接種後の症状に関して報告書の提出が1回目である場合を含む。)

以下の場合は、「第2報」あるいは「第3報以後」に○をしてください。
 ・提出済みの報告書に関して修正や情報の追加等がある場合

報告回数不明の場合は未記入としてください。

(別添様式1)

該当する番号/アルファベットに○をつけ、必ずご提出ください。

対象薬剤	症 状	発生率の概 率	上記の「その他の反応」を選択した場合の症状
ジフェニヒアミン 目薬 点眼剤 点眼薬 点眼液	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 嘔吐・腹痛	85% ^②	
	3 けいれん	7日	
	4 血小板減少性紫癜病	25%	
	5 その他の反応	—	
オキサリチン	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 急性腎臓炎(ARF)	85% ^②	
	3 嘔吐・腹痛	85% ^②	
	4 けいれん	7日	
	5 血小板減少性紫癜病	25%	
	6 その他の反応	—	
日本製薬	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 急性腎臓炎(ARF)	85% ^②	
	3 嘔吐・腹痛	85% ^②	
	4 けいれん	7日	
	5 血小板減少性紫癜病	25%	
	6 その他の反応	—	
	7 その他の反応	—	
葛城(BCC)	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 急性腎臓炎(ARF)	1%	
	3 BCC(骨髄(骨髄)形成、骨髄炎)	8%	
	4 皮膚過敏性反応	30% ^③	
	5 紅斑性皮膚炎	15% ^③	
	6 紅斑性皮膚炎によるものに関する	—	
	7 その他の反応	—	
H1抗ヒスタミン薬 小児の誘発性過敏 反応	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 けいれん	7日	
	3 血小板減少性紫癜病	85% ^②	
	4 その他の反応	—	
提出された 副作用の 報告が 多い 薬剤 (注: 副作用 の報告が 多い 薬剤)	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 急性腎臓炎(ARF)	85% ^②	
	3 マンデルライン症候群	85% ^②	
	4 血小板減少性紫癜病	25%	
	5 骨髄炎/骨髄炎	30% ^③	
	6 腎臓又は腸臓障害を中心とする	—	
	7 その他の反応	—	
水痘	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 血小板減少性紫癜病	85% ^②	
	3 腎臓又は腸臓障害(急性/慢性)	—	
	4 その他の反応	—	
ロシニド	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 急性腎臓炎(ARF)	85% ^②	
	3 多発性骨髄炎	25%	
	4 骨髄炎	25%	
	5 腎臓炎	25%	
	6 マンデルライン症候群	85% ^②	
	7 胆汁膵炎	25%	
	8 末梢神経障害	25%	
インフルエンザ	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
	2 急性腎臓炎(ARF)	85% ^②	
	3 嘔吐・腹痛	85% ^②	
	4 けいれん	85% ^②	
	5 腎臓炎	85% ^②	
	6 マンデルライン症候群	85% ^②	
	7 胆汁膵炎	25%	
	8 血小板減少性紫癜病	85% ^②	
	9 骨髄炎	25%	
	10 多発性骨髄炎	25%	
	11 シンナー症候群	85% ^②	
	12 腎臓障害	24% ^③	
	13 腎臓/腎臓	25%	
	14 腎臓/腎臓	85% ^②	
新薬(ロシニド) が承認	1 アナフィラキシー	49% ^①	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 顔浮腫 b 気管支けいれん c 急性腎臓炎(ARF) d 多発性骨髄炎 e 肺炎/肺野 f 骨髄炎 g けいれん h マンデルライン症候群 i 胆汁膵炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 腎臓障害 m 血小板減少性紫癜病 n 血球減少 o 肝臓障害 p シンナー症候群 q 腸炎/腸症 r 胃腸障害 s 皮膚過敏性反応 t 赤痢/腸炎 u 尿閉 v 尿失禁 w 血球減少性貧血
2 その他の反応	85% ^②		

①を選択した場合、報告書と共に ADRM調査票も提出してください。

②を選択した場合、報告書と共に GBS 調査票も提出してください。

③「x.y.z」以外の場合は前頁の「症状名」に「記載」に○印を付けた場合は、1ページ目に、追加の記載項目がありませうのでご注意ください。

「1」アナフィラキシーが「2」その他の反応」のどちらかに○を付けてください。

①「アナフィラキシー」に該当しない症状(アナフィラキシーに属さないアレルギー反応を含む。)に関する副反応別の報告では、「2」その他の反応」に○印を付けてください。

②「2」その他の反応」に○印を付けた場合は、報告する症状に応じて、「x.y.z」に○印を付けてください。

新薬(ロシニド)が承認

収集した報告については、ワクチンの安全性評価の基礎資料として活用するため、報告に際しては、接種された新型コロナワクチンの製品名及び製造販売業者名、医学的に認められている症状名、接種前後の状況や経過、新型コロナワクチンの副反応であると疑った理由などの必要情報について、漏れることなく記入する。特に、製品名及びロット名並びに製造販売業者名については、製品別の安全性評価を行うために必要不可欠な情報であるため、必ず記入する。また、新型コロナワクチン接種後の死亡事例報告を行う場合は、上記に加え、想定される死因及び死因と判断した根拠（検査結果含む。）も記載する。

接種会場から医療機関に患者を搬送した場合など、複数の医師・医療機関が症状の発生を知った場合も想定されるが、関係医療機関間で連携し、いずれかの医師等から、必要情報を漏れることなく報告する。

（報告方法）

以下のいずれかの方法でPMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）へ送付すること。

- 1) PMDA ウェブサイト上の報告受付サイトから入力する（推奨）

報告受付サイト：

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

※タブレットPCからも入力できます



- 2) 様式をダウンロードして記入し、下記の＜送付先＞にファックスで送付する（最低2ページ目まで提出が必要です。ウェブサイト上の記載例もご確認ください。）

厚生労働省ウェブサイト：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_hukuhannou_yo_ushikietc.html

PMDA ウェブサイト：

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/prev-vacc-act/0002.html>

- 3) アプリで作成した報告書を、下記の＜送付先＞にファックスで送付する。

国立感染症研究所ウェブサイト：

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

（送付先）

（独）医薬品医療機器総合機構安全性情報・企画管理部情報管理課

新型コロナワクチン専用FAX：0120-011-126

図 38 新型コロナウイルスワクチンに係る副反応疑い報告基準

新型コロナウイルスワクチンに係る副反応疑い報告	
新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、次の表の症状が、接種から当該期間内に確認された場合に副反応疑い報告を行うこととする。	
症状	期間
アナフィラキシー	4 時間
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。）	28日
心筋炎	28日
心膜炎	28日
その他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	予防接種との関連性が高いと医師が認める期間
<p>【留意事項】 報告基準には入っていないものの、今後評価を行うことが考えられる症状については、「その他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」として、積極的に報告をお願いしたい。 <積極的な報告を検討頂きたい症状> けいれん、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、関節炎、脊髄炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射（失神を伴うもの）</p>	

【予防接種法における副反応疑い報告制度について】

○制度の趣旨

副反応疑い報告制度は、予防接種後に生じる種々の身体的反応や副反応等について情報を収集し、ワクチンの安全性について管理・検討を行うことで、広く国民に情報を提供すること及び今後の予防接種行政の推進に資することを目的としている。

○報告の義務【予防接種法第12条1項】

「病院若しくは診療所の開設者又は医師は、定期の予防接種等を受けた者が、当該定期の予防接種等を受けたことによるものと疑われる症状として厚生労働省令で定めるものを呈していることを知ったときは、その旨を厚生労働省令で定めるところにより厚生労働大臣に報告しなければならない。」

○報告の要件

病院若しくは診療所の開設者又は医師が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

第9章 予防接種法に基づく健康被害救済 【医】

(1) 救済制度の概要

予防接種後の副反応による健康被害については、極めてまれではあるものの不可避免的に生じるものであることから、接種に係る過失の有無に関わらず迅速に救済することとしている。職域接種を含む新型コロナワクチンの接種は、予防接種法附則第7条の規定に基づき、予防接種法第6条第1項の予防接種として行われるものである。このことから、同法第15条の規定に基づき、市町村長は、新型コロナワクチンを接種したことにより健康被害が生じたと厚生労働大臣が認めた者について、救済給付を行う。また、救済給付に係る費用は、同法附則第7条第3項の規定により、国が負担する。

(2) 給付手続きの流れ

請求者は、給付の種類に応じて必要な書類を揃えて市町村に請求申請する。

予防接種との因果関係が比較的明らかなアナフィラキシー等の即時型アレルギー（うち、接種後4時間以内に発症し、接種日を含め7日以内に治癒・終診したものに限る。また、症状が接種前から継続している場合や、ワクチン接種以外の原因によると記載医が判断した場合は含まない。）の場合であって、医療機関向け手引き様式9-1を用いる場合は、市町村における事務の一部を省略することができる。なお、本様式は申請時に必要な診療録等の代替になるもので、医師が記入するものである。

(3) 相談・請求窓口

予防接種後の健康被害に対する救済給付を請求する場合、被接種者は予防接種を実施した市町村に必要な書類を提出することになる。

実施した市町村とは、接種を行った医療機関等の所在地ではなく、接種時の住民票所在地の市町村である。やむを得ない事情があり、住民票所在地以外において接種を受けた場合においても請求窓口は接種時の住民票所在地の市町村となる。

なお、戸籍又は住民票に記載のない者その他の住民基本台帳に記録されていないやむを得ない事情があると市町村長が認めた者が接種を受けた場合は、当該市町村が相談・請求の窓口となる。

また、ワクチン接種後に転居等により住民票所在地が変更となった場合においても、給付が終了するまでは当該市町村が相談・請求窓口となる。

第10章 ワクチンの特徴【企・医】

モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）（武田薬品工業株式会社が令和3年5月21日に医薬品医療機器等法第14条の承認を受けたものであって、イムエラソメランを含まないものに限る。以下「モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）」という。）の接種は、以下の方法により行う。

初回接種（1、2回目接種）と追加接種（3回目接種）とで一部取扱いが異なることに留意すること。

1 初回接種（1、2回目接種）

（1）対象者

12歳以上の者

※誕生日の前日（24時）に1歳年をとると考えるため、例えば、平成21年（2009年）7月30日生まれの者は令和3年（2021年）7月29日に12歳以上となり本予防接種の対象者となるものであること（参考：令和2年2月4日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡「定期の予防接種における対象者の解釈について（事務連絡）」）

（2）予防接種要注意者

第4章3（2）④に掲げる予防接種要注意者の「基礎疾患を有する者」に関し、抗凝固療法を受けている者、血小板減少症又は凝固障害を有する者については、接種後に出血又は挫傷があらわれることがあり、接種要注意者に該当する。

なお、モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）のバイアルの栓には乾燥天然ゴム（ラテックス）は使用されていない。

（3）接種液の用法

希釈は不要である。

使用前に、遮光して冷蔵庫（2～8℃）又は常温（15～25℃）で解凍すること。なお、冷蔵庫で解凍する場合は、約2時間30分かけて解凍すること。常温で解凍する場合は、約1時間かけて解凍すること。また、解凍後に再凍結しないこと。

使用前であれば、解凍後、遮光して2～8℃で最長30日間、8～25℃で最長24時間保存することができる。いずれの場合も有効期間内に使用する。

使用前に常温に戻しておくこと。

(4) 接種量等

モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）を20日以上の間隔をおいて、原則27日の間隔をおいて2回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回0.5ミリリットルとする。

原則として、同一の者には、同一のワクチンを使用すること。ただし、新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた後に重篤な副反応を呈したことがある場合や必要がある場合（※1）には、1回目に接種した新型コロナウイルスワクチンと異なる新型コロナウイルスワクチンを2回目に接種すること（交接種）ができること。

※1 「必要がある場合」について

「必要がある場合」とは、以下の場合をいう。

- ・ 接種対象者が1回目に接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの国内の流通の減少や転居等により、当該者が2回目に当該新型コロナウイルスワクチンの接種を受けることが困難である場合
- ・ 医師が医学的見地から、接種対象者が1回目に受けた新型コロナウイルスワクチンと同一の新型コロナウイルスワクチンを2回目に接種することが困難であると判断した場合（1回目にモデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）を接種した若年男性が、2回目の接種としてファイザー社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）を希望する場合を含む）

※2 交接種をする場合においては、1回目の接種から27日以上の間隔をおいて2回目の接種を実施すること。

前後に他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおくこととし、他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を同時に同一の接種対象者に対して行わないこと。

(5) 接種間隔

20日以上の間隔をおいて、原則27日の間隔をおいて2回接種することとし、1回目の接種から間隔が27日を超えた場合はできるだけ速やかに2回目の接種を実施すること。

前後に他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおくこととし、他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を同時に同一の接種対象者に対して行わないこと。

(6) 接種箇所

通常、三角筋に筋肉内接種すること。静脈内、皮内、皮下への接種は行わないこと。

(7) 接種後の経過観察

接種後にアナフィラキシーを呈することがあるため、接種後少なくとも15分間は被接種者の状態を観察する必要があること。また、過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を引き起こしたことがある者については、接種後30分程度、状態の観察をする必要があること。

接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるため、過去に採血等で気分が悪くなる又は失神等を起こしたことがある者については、接種後30分程度、体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要があること。なお、予診の結果等から血管迷走神経反射による失神が生じる可能性が高いと考えられる者については、ベッド等に横たわらせて接種するといった予防策も考えられる。

2 追加接種（3回目接種）

(1) 対象者

18歳以上の者

(2) 接種量等

モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）を1回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回0.25ミリリットルとする。

(3) 接種間隔

初回接種の完了から3か月以上の接種間隔をおいて行うこと。前後に他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおくこととし、他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を同時に同一の接種対象者に対して行わないこと。

(4) その他

対象者、接種量等及び接種間隔以外の事項については、1のモデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）の記載事項に従うこと。

3 追加接種（オミクロン株対応）

コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）（武田薬品工業株式会社が令和3年5月21日に医薬品医療機器等法第14条の承認を受けたものであって、エラソメラン及びイムエラソメランを含むものに限る。以下「オミクロン株対応モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）」という。）の接種は、以下の方法により行う。

（1）対象者

初回接種を完了した18歳以上の者

（2）接種量等

オミクロン株対応モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）を1回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回0.5ミリリットルとすること。なお、希釈は不要であることに注意すること。

（3）接種間隔

初回接種、第1期追加接種又は第2期追加接種のうち、被接種者が最後に受けたものの完了から3か月以上（※）の接種間隔をおいて行うこと。

前後に他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおくこととし、他の予防接種（インフルエンザの予防接種を除く。）を同時に同一の接種対象者に対して行わないこと。

※令和4年10月20日に開催された厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において、オミクロン株対応ワクチン接種を行う場合の最終の接種からの間隔を現行の「5か月以上」から「3か月以上」に短縮することが了承され、同10月21日より「3か月以上」で接種の実施が可能となったこと。

（4）その他

対象者、接種量等及び接種間隔以外の事項については、オミクロン株対応モデルナ社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）の記載事項に従うこと。