

令和3年12月14日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰
公衆衛生担当理事 今井 一登

定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについての一部改正

神奈川県医師会より通知が参りましたのでお知らせします。

【こちらの件の問い合わせ先】鎌倉市医師会コロナウイルスワクチン予防接種担当 広崎 繁雄
TEL : 0467-22-1245 Mobile : 090-8476-1245 Mail to : kcma.yoboseshu@kcma.jp

厚生労働省健康局長
(公印省略)

厚生労働省医薬・生活衛生局長
(公印省略)

「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」の一部改正について

予防接種法(昭和23年法律第68号)第12条第1項の規定による報告及び予防接種に係る医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第68条の10第2項の規定による報告については、「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」(平成25年3月30日付け健発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。以下「連名通知」という。)に従い、御理解と御協力をいただいているところです。

今般、連名通知の一部を別紙のとおり改正することといたしましたので、貴職におかれましてはこれを十分御了知の上、貴管内市町村(保健所を設置する市及び特別区を含む。)及び関係機関等に周知をお願いいたします。

なお、公益社団法人日本医師会に対し、本件に係る協力を依頼していることを申し添えます。

記

1 改正の概要

- (1) 別紙様式1について、新型コロナウイルス感染症に係るワクチンに関する報告基準として心筋炎及び心膜炎を追加し、かつそれぞれについて報告に係る調査票を追加。
- (2) 血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票を独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告する場合に、電子報告システムによる報告に対応。
- (3) その他所要の改正。

2 適用日

令和3年12月6日

「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」新旧対照表

改正後	現行
<p>定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて (略)</p> <p>1 副反応疑い報告について (1) 市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、あらかじめ別紙様式1並びに急性散在性脳脊髄炎(ADEM)調査票、ギラン・バレー症候群(GBS)調査票、血栓症(血塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票、心筋炎調査票及び心膜炎調査票(以下「全種調査票」という。)を管内の医療機関に配布し、医師等が予防接種法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)第5条に規定する症状(別紙様式1の報告基準参照)を診断した場合に報告基準参照)を診断した場合には、速やかに機構へFAX(FAX番号:0120-176-146、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン(以下「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン」という。))予防接種に関するものについては、専用FAX番号:0120-011-126)又は電子報告システム(報告受付サイトURL: https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html)にて報告するよう周知すること。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。FAXによる報告の場合、別紙様式1又は国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副報告受付書を用いて報告す</p>	<p>定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて (略)</p> <p>1 副反応疑い報告について (1) 市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、あらかじめ別紙様式1並びに急性散在性脳脊髄炎(ADEM)調査票、ギラン・バレー症候群(GBS)調査票及び血栓症(血塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票(以下「ADEM・GBS・TTS調査票」という。)を管内の医療機関に配布し、医師等が予防接種法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)第5条に規定する症状(別紙様式1の報告基準参照)を診断した場合には、速やかに機構へFAX(FAX番号:0120-176-146、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン(以下「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン」という。))予防接種に関するものについては、専用FAX番号:0120-011-126)又は電子報告システム(報告受付サイトURL: https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html)にて報告するよう周知すること。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。FAXによる報告の場合、別紙様式1又は国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副報告受付書を用いて報告す</p>

反応疑い報告書入力アプリにて作成した別紙様式2を使用して報告すること。また、いずれの手段による報告であっても、その症状が急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群（GBS）又は血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴う血栓症）（TTS）（以下「血小板減少症を伴う血栓症」という。）と疑われる場合は、それぞれ急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票、ギラン・バレー症候群（GBS）調査票、血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）調査票（以下「TTS調査票」という。）、心筋炎調査票又は心膜炎調査票を作成して報告するものとすること。なお、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合にあつては、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告すること。また、「心筋炎」又は「心膜炎」について、電子報告システムにて機構へ報告する場合は、当分の間、当該システムに従って心筋炎調査票又は心膜炎調査票に係る調査項目以外の事項を報告するとともに、当該調査票については別途FAXにて報告すること。

(2)～(8)
(略)

(9) 市町村が被接種者又は保護者（以下「保護者等」という。）からの定期の予防接種後に発生した健康被害に関し相談を受けた場合等には、必要に応じて、別紙様式3に必要事項を記入するよう促すとともに、それを都道

ること。また、いずれの手段による報告であっても、その症状が急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群（GBS）又は血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）（以下「血小板減少症を伴う血栓症」という。）と疑われる場合は、それぞれ急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票、ギラン・バレー症候群（GBS）調査票又は血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）調査票（以下「TTS調査票」という。）を作成して報告するものとすること。なお、「血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）」について、電子報告システムにて機構へ報告する場合は、当分の間、当該システムに従ってTTS調査票に係る調査項目以外の事項を報告するとともに、TTS調査票については、別途FAXにて報告すること。

(2)～(8)
(略)

(9) 市町村が被接種者又は保護者（以下「保護者等」という。）からの定期の予防接種後に発生した健康被害に関し相談を受けた場合等には、必要に応じて、別紙様式3に必要事項を記入するよう促すとともに、それを都道府県を通

府県を通じて、厚生労働省健康局健康課へ電子メール
(メールアドレス: yoboseshu@mhlw.go.jp) にて報告す
ること。

この場合において、市町村は当該健康被害を診断した
医師等に対し、(1)の報告の提出を促すとともに、医
師等が報告基準に該当せず因果関係もないと判断してい
るなどの理由により、報告をしない場合には、その理由
も添えて厚生労働省へ報告すること。

2 任意接種における健康被害の報告

都道府県及び市町村は、定期の予防接種以外の予防接種
(以下「任意接種」という。)のみを行う医療機関に対して
も、別紙様式1及び全種調査票を配布並びに別紙様式2を周
知し、当該報告への協力を求めること。任意接種における健
康被害については、「医療機関等からの医薬品又は医療機器
についての副作用、感染症及び不具合報告の実施要領の改訂
について」(平成22年7月29日付け薬食発0729第2号厚
生労働省医薬食品局長通知)の別添「医薬品・医療機器等安
全性情報報告制度」実施要領の「(2)報告対象となる情
報」に該当する疾病、障害若しくは死亡の発生又は感染症の
発生であり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性
の確保等に関する法律第68条の10第2項の規定に基づき、
薬局開設者、病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医
師、薬剤師その他医薬関係者は、保健衛生上の危害の発生又
は拡大を防止するため必要があるとき(別記①～④
参照)は、1(1)と同様に、別紙様式1又は2を用い、
速やかに機構へFAX(FAX番号:0120-176-146)又は

じて、厚生労働省健康局健康課へ電子メール(メールアドレス:
yoboseshu@mhlw.go.jp) にて報告すること。

この場合において、市町村は当該健康被害を診断した医
師等に対し、(1)の報告の提出を促すとともに、医師等
が報告基準に該当せず因果関係もないと判断しているなど
の理由により、報告をしない場合には、その理由も添えて
厚生労働省へ報告すること。

2 任意接種における健康被害の報告

都道府県及び市町村は、定期の予防接種以外の予防接種
(以下「任意接種」という。)のみを行う医療機関に対して
も、別紙様式1及びADEM・GBS・TIS調査票を配布
並びに別紙様式2を周知し、当該報告への協力を求めるこ
と。任意接種における健康被害については、「医療機関等か
らの医薬品又は医療機器についての副作用、感染症及び不具
合報告の実施要領の改訂について」(平成22年7月29日付
け薬食発0729第2号厚生労働省医薬食品局長通知)の別添
「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」実施要領の
「(2)報告対象となる情報」に該当する疾病、障害若しく
は死亡の発生又は感染症の発生であり、医薬品、医療機器等
の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第68条の
10第2項の規定に基づき、薬局開設者、病院若しくは診療所
の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他医薬関係者は、
保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要がある
とき(別記①～④参照)は、1(1)と同様に、別
紙様式1又は2を用い、速やかに機構へFAX(FAX番号:

(URL :

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>)
にて報告すること。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。また、いずれの手段による報告であっても、急性散在性脳脊髄炎が疑われる症例については急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 調査票を、ギラン・バレー症候群が疑われる症例についてはギラン・バレー症候群 (GBS) 調査票を、血小板減少症を伴う血栓症が疑われる症例についてはTTS調査票を、心筋炎が疑われる症例については心筋炎調査票を、心膜炎が疑われる症例については心膜炎調査票を作成し、報告するものとする。

3～4 (略)

5 新型コロナウイルス感染症の臨時の予防接種に係る対応

新型コロナウイルスについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状について当該規定による副反応疑い報告を積極的に行うよう検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討すること。

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)

また、副反応疑い報告基準に基づき、「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。))」、「心筋

0120-176-146) 又は電子報告システム (URL :

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>) にて報告すること。この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。また、いずれの手段による報告であっても、急性散在性脳脊髄炎が疑われる症例については急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 調査票を、ギラン・バレー症候群が疑われる症例についてはギラン・バレー症候群 (GBS) 調査票を、血小板減少症を伴う血栓症が疑われる症例についてはTTS調査票を作成し、報告するものとする。

3～4 (略)

5 新型コロナウイルス感染症の臨時の予防接種に係る対応

新型コロナウイルスについては、我が国において使用実績がないワクチンであることを踏まえ、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については当該規定による副反応疑い報告を積極的に行うよう検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討すること。

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、心筋炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射 (失神を伴うもの)

炎」又は「心膜炎」について報告する場合にあっては、評価にあたり当該症例に係る症状の概要等を詳細に把握する必要があることから、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて、TTS調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告すること。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合にあっては、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告すること。各調査票の作成にあたっては、全ての項目について遺漏なく記入すること。また、報告対象となる症例の経過において複数の医師等が関与した場合には、接種の状況や経過等の情報を可能な限り集約して調査票に記入の上、一の医師等が代表して報告することが望ましいこと。なお、「心筋炎」又は「心膜炎」について、電子報告システムにて機構へ報告する場合は、当分の間、当該システムに従って心筋炎調査票又は心膜炎調査票に係る調査項目以外の事項を報告するとともに、当該調査票については別途FAXにて報告すること。

(改正) 平成26年10月1日 一部改正
平成26年11月25日 一部改正
平成28年10月1日 一部改正
平成29年9月25日 一部改正
令和元年5月7日 一部改正
令和元年9月27日 一部改正
令和2年3月26日 一部改正
令和2年10月1日 一部改正
令和3年2月16日 一部改正

また、副反応疑い報告基準に基づき、「血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）」について報告する場合には、評価にあたり当該症例に係る症状の概要等を詳細に把握する必要があるので、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えてTTS調査票を作成し、報告すること。TTS調査票の作成にあたっては、他の調査票と同様、全ての項目について遺漏なく記入すること。また、報告対象となる症例の経過において複数の医師等が関与した場合には、接種の状況や経過等の情報を可能な限り集約してTTS調査票に記入の上、一の医師等が代表して報告することが望ましいこと。なお、「血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）」について、電子報告システムにて機構へ報告する場合は、当分の間、当該システムに従ってTTS調査票に係る調査項目以外の事項を報告するとともに、TTS調査票については、別途FAXにて報告すること。

(改正) 平成26年10月1日 一部改正
平成26年11月25日 一部改正
平成28年10月1日 一部改正
平成29年9月25日 一部改正
令和元年5月7日 一部改正
令和元年9月27日 一部改正
令和2年3月26日 一部改正
令和2年10月1日 一部改正
令和3年2月16日 一部改正

令和3年3月25日 一部改正
令和3年8月2日 一部改正
令和3年8月16日 一部改正
令和3年12月6日 一部改正

(別記)
(略)

令和3年3月25日 一部改正
令和3年8月2日 一部改正
令和3年8月16日 一部改正

(別記)
(略)

(別紙様式1)

報告先(宛)医薬品医療機器総合機構
新型コロナウイルス専用FAX番号:0120-011-126
その他ワクチン専用FAX番号:0120-176-146

予防接種後副反応疑い報告書

接種者 (接種者名)	氏名	性別	年齢	接種時 年齢	接種 年月日	接種 年月日	接種 年月日
	住所	〒	市	区	町	番	号
報告者	氏名	接種者(医師以外) 3 氏名		4 氏名			
	住所	〒		電話番号			
接種場所	接種者名						
	住所						
ワクチン	ワクチンの種類	ロット番号	製造販売業者名	接種回数			
	1			1	2	3	4
	2			5	6	7	8
	3			9	10	11	12
	4			13	14	15	16
接種の状況	接種日	年	月	日	午前	午後	時
	接種者の状態	良	悪	不明			
発症 の概要	発症日時	年	月	日	午前	午後	時
	発症部位	1 有 2 無					
報告者 の氏名	氏名	1 有 2 無					
	住所	〒					
報告者 の氏名	氏名	1 有 2 無					
	住所	〒					

(別紙様式1)

報告先(宛)医薬品医療機器総合機構
新型コロナウイルス専用FAX番号:0120-011-126
その他ワクチン専用FAX番号:0120-176-146

予防接種後副反応疑い報告書

接種者 (接種者名)	氏名	性別	年齢	接種時 年齢	接種 年月日	接種 年月日	接種 年月日
	住所	〒	市	区	町	番	号
報告者	氏名	接種者(医師以外) 3 氏名		4 氏名			
	住所	〒		電話番号			
接種場所	接種者名						
	住所						
ワクチン	ワクチンの種類	ロット番号	製造販売業者名	接種回数			
	1			1	2	3	4
	2			5	6	7	8
	3			9	10	11	12
	4			13	14	15	16
接種の状況	接種日	年	月	日	午前	午後	時
	接種者の状態	良	悪	不明			
発症 の概要	発症日時	年	月	日	午前	午後	時
	発症部位	1 有 2 無					
報告者 の氏名	氏名	1 有 2 無					
	住所	〒					
報告者 の氏名	氏名	1 有 2 無					
	住所	〒					

<注意事項>

1～13. (略)

14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。

15. 新型コロナウイルスについては、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討してください。

けいれん、ギラン・バレ症候群、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、脊髄炎、関節炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)

また、「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。)」心筋炎又は心膜炎について報告する場合には、別紙様式1に加えて、血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票、心筋炎調査票又は心膜炎調査票をそれぞれ作成し、報告してください。ただし、心筋炎及び心膜炎がともに疑われる場合には、心筋炎調査票及び心膜炎調査票の両方を作成して報告してください。

なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナウイルスに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照してください。

<注意事項>

1～13. (略)

14. 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に報告に係る記入要領を示しているため、報告にあたっては参照してください。

15. 新型コロナウイルスについては、我が国において使用実績がないワクチンであることを踏まえ、これまでワクチン接種との因果関係が示されていない症状も含め、幅広く評価を行っていく必要があることから、当面の間、以下の症状については規定による副反応疑い報告を積極的に検討するとともに、これら以外の症状についても必要に応じて報告を検討すること。

けいれん、ギラン・バレ症候群、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、脊髄炎、関節炎、心筋炎、顔面神経麻痺、血管迷走神経反射(失神を伴うもの)

また、「血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)」について報告する場合には、別紙様式1記入要領別表の記載も踏まえ、別紙様式1に加えて血栓症(血栓塞栓症を含む。)(血小板減少症を伴うものに限る。)(TTS)調査票を作成し、報告すること。

なお、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト上に新型コロナウイルスに係る報告の記載例を示しているため、報告にあたっては参照すること。

16. 電子報告システム（報告受付サイト）による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出してください。

URL：

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

17. FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付してください。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付してください。

新型コロナウイルス専用FAX番号：0120-011-126

その他のワクチン用FAX番号：0120-176-146

16. 電子報告システム（報告受付サイト）による報告は、以下の独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイトよりアクセスし、報告を作成、提出すること。

URL：

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

17. FAXでの報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の下記宛に送付すること。その際、報告基準に係る表についても、併せて送付すること。

新型コロナウイルス専用FAX番号：0120-011-126

その他のワクチン用FAX番号：0120-176-146

<p>心臓MRI検査</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>心臓の造影剤投与</p> <p>心臓の造影剤投与なし</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>	<p>検査日 () 年 () 月 () 日</p> <p>検査時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>検査場所 () 科 () 室</p> <p>検査機 () 型 () 番</p> <p>検査者 () 氏名</p> <p>読影者 () 氏名</p> <p>読影日 () 年 () 月 () 日</p> <p>読影時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>読影場所 () 科 () 室</p> <p>読影機 () 型 () 番</p> <p>読影者 () 氏名</p> <p>読影時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>読影場所 () 科 () 室</p> <p>読影機 () 型 () 番</p> <p>読影者 () 氏名</p>	<p>心臓MRI検査</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>心臓の造影剤投与</p> <p>心臓の造影剤投与なし</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>
<p>4. 画像検査</p> <p>胸部CT検査</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>胸部CT検査</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>	<p>検査日 () 年 () 月 () 日</p> <p>検査時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>検査場所 () 科 () 室</p> <p>検査機 () 型 () 番</p> <p>検査者 () 氏名</p> <p>読影者 () 氏名</p> <p>読影日 () 年 () 月 () 日</p> <p>読影時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>読影場所 () 科 () 室</p> <p>読影機 () 型 () 番</p> <p>読影者 () 氏名</p>	<p>胸部CT検査</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>胸部CT検査</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>
<p>5. 心電図検査</p> <p>心電図検査</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>心電図検査</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>	<p>検査日 () 年 () 月 () 日</p> <p>検査時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>検査場所 () 科 () 室</p> <p>検査機 () 型 () 番</p> <p>検査者 () 氏名</p> <p>読影者 () 氏名</p> <p>読影日 () 年 () 月 () 日</p> <p>読影時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>読影場所 () 科 () 室</p> <p>読影機 () 型 () 番</p> <p>読影者 () 氏名</p>	<p>心電図検査</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>心電図検査</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>
<p>6. 鑑別診断</p> <p>鑑別診断</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>鑑別診断</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>	<p>検査日 () 年 () 月 () 日</p> <p>検査時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>検査場所 () 科 () 室</p> <p>検査機 () 型 () 番</p> <p>検査者 () 氏名</p> <p>読影者 () 氏名</p> <p>読影日 () 年 () 月 () 日</p> <p>読影時間 () 時 () 分 () 秒</p> <p>読影場所 () 科 () 室</p> <p>読影機 () 型 () 番</p> <p>読影者 () 氏名</p>	<p>鑑別診断</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与あり</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤投与なし</p> <p>鑑別診断</p> <p>造影剤投与あり</p> <p>造影剤投与なし</p>

(別紙様式1記入要領)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別 ～ ワクチン (略)

接種の状況

・接種日 ～ 家族歴 (略)

・予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1カ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)

留意点の有無について、該当する番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

なお、「最近1カ月以内のワクチン接種」については、症状の発生から1カ月以内に接種したワクチン(「ワクチンの種類」欄に記載したワクチンを除く。)の接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名、接種回数を記入してください。

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

新型コロナウイルスの2回目以降の接種の場合は、最近1ヶ月に限らず前回までの接種について、接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入してください。

症状の概要

・症状 ～ 他要因 (他疾患等) の可能性の有無 (略)

・概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査等) : 詳細は別表参照

(別紙様式1記入要領)

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別 ～ ワクチン (略)

接種の状況

・接種日 ～ 家族歴 (略)

・予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1カ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)

留意点の有無について、該当する番号に○印を記入してください。「有」を選択した場合には、その内容を具体的に記入してください。

なお、「最近1カ月以内のワクチン接種」については、症状の発生から1カ月以内に接種したワクチン(「ワクチンの種類」欄に記載したワクチンを除く。)の接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名、接種回数を記入してください。

妊娠中の場合は、妊娠週数を記入してください。

新型コロナウイルスの2回目の接種の場合は、最近1ヶ月に限らず1回目の接種について、接種日、種類、ロット番号、製造販売業者名を可能な限り記入してください。

症状の概要

・症状 ～ 他要因 (他疾患等) の可能性の有無 (略)

・概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査等) : 詳細は別表参照

今回の症状の概要を詳しく記入してください。特に、別表に記載した代表的な臨床所見の有無及び代表的な検査の結果を記入してください。

また、新型コロナウイルスの2回目以降の接種後の概要
について記載する場合は、当該接種時における接種前後の
症状の概要に加え、前回までの接種時における接種前後の
状況についても関連する症状の発生の有無その他特筆すべ
き状況について可能な範囲で記載してください。

- ・製造販売業者への情報提供 (略)

症状の程度 ～ 報告回数 (略)

別表 各症状の概要

アナフィラキシー ～ 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。) (略)

今回の症状の概要を詳しく記入してください。特に、別表に記載した代表的な臨床所見の有無及び代表的な検査の結果を記入してください。

- ・製造販売業者への情報提供 (略)

症状の程度 ～ 報告回数 (略)

別表 各症状の概要

アナフィラキシー ～ 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。) (略)

(新規)

<p><u>心筋炎</u></p> <p>疾病概要： 心筋炎は、心筋を主要とした炎症性疾患である。 代表的な臨床所見： <input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性炎症の胸痛） <input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、胸痛、咳嗽、発汗、めまい、失神、浮腫、発熱） 代表的な検査： <input type="checkbox"/> 画像検査：心臓超音波検査、心臓 MRI 検査、運動脈検査等 <input type="checkbox"/> 血液検査：トロポニン、CK、CK-MB 等 <input type="checkbox"/> 心電図検査 参考文献： 日本循環器学会、日本胸部外科学会、日本小児循環器学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本心不全学会 急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン（2009 年改訂版） https://www.jcirc.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2009_izumi_d.pdf</p>	<p><u>28日</u></p>
<p><u>心臓炎</u></p> <p>疾病概要： 心臓炎は、心臓周囲の膜である心膜に炎症が起こる疾患である。 代表的な臨床所見： <input type="checkbox"/> 局所症状（例：急性炎症の胸痛） <input type="checkbox"/> 全身症状（例：息切れ、動悸、倦怠感、胸痛/嘔吐/下痢、咳嗽、発汗、浮腫、発熱） 代表的な検査： <input type="checkbox"/> 画像検査：心臓超音波検査、胸部 CT 検査 等 <input type="checkbox"/> 血液検査：CRP、ESR、D-ダイマー 等 <input type="checkbox"/> 心電図検査</p>	<p><u>28日</u></p>

