

東かがわ市告示第19号

東かがわ市定期成人用肺炎球菌予防接種実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年3月6日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市定期成人用肺炎球菌予防接種実施要綱の一部を改正する告示

東かがわ市定期成人用肺炎球菌予防接種実施要綱（平成26年東かがわ市告示第86号の2）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(対象者)</p> <p>第2条 市長が行う予防接種を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有し、次の各号のいずれかに該当する者とする。 <u>ただし、これまでに23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン又は肺炎球菌結合型ワクチンを1回以上接種した者であって、成人用肺炎球菌予防接種を行う必要がないと認められるものは、対象者から除く。</u></p> <p>(1)・(2) 略</p>	<p>(対象者)</p> <p>第2条 市長が行う予防接種を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有し、<u>過去に成人用肺炎球菌ワクチンの接種（23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）</u>、<u>を受けたことがない者で、</u>次の各号のいずれかに該当する者とする。</p> <p>(1)・(2) 略</p>

改正後	改正前																																																																																																																																																															
<p style="text-align: center;">様式第1号（第4条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票</p> <p style="text-align: center;"><65歳の誕生日の前日～66歳の誕生日の前日まで></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">診察前の体温</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%;">度</td> <td style="width: 10%;">分</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年齢・性別</td> <td colspan="3">満 歳 か月（男・女）</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">質問事項</th> <th style="width: 15%;">回答欄</th> <th style="width: 45%;">医師記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>以前に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。受けたことがある場合、いつごろですか。（年 月頃）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌ワクチンの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）治療（投薬など）を受けていますか。その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ はい いいえ はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>免疫不全と診断されたことがありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種について質問がありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる） 本人に対して、予防接種の効果、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。</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td colspan="3">被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防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。（希望します ・ 希望しません） この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">ワクチンロット番号</td> <td style="width: 15%;">接種方法</td> <td style="width: 10%;">接種量</td> <td style="width: 60%;">実施場所・医師名・接種年月日</td> </tr> <tr> <td>ワクチン名</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">筋肉内注射</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">0.5 ml</td> <td>実施場所</td> </tr> <tr> <td>Lot No.</td> <td>医師名</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>接種年月日 令和 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	診察前の体温		度	分	生年月日	年 月 日			年齢・性別	満 歳 か月（男・女）			電話番号				質問事項	回答欄	医師記入欄	以前に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。受けたことがある場合、いつごろですか。（年 月頃）	はい いいえ		肺炎球菌ワクチンの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ		今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ		現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）治療（投薬など）を受けていますか。その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ		免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ		今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい いいえ		最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	はい いいえ		ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい いいえ		1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	はい いいえ		心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（ ）	はい いいえ		その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ		薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ		今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ		医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる） 本人に対して、予防接種の効果、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			被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防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。（希望します ・ 希望しません） この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____			ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	ワクチン名	筋肉内注射	0.5 ml	実施場所	Lot No.	医師名				接種年月日 令和 年 月 日	<p style="text-align: center;">様式第1号（第4条関係）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">定期接種用 成人用肺炎球菌ワクチン 予防接種予診票</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">診察前の体温</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%;">度</td> <td style="width: 10%;">分</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年齢・性別</td> <td colspan="3">満 歳 か月（男・女）</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">質問事項</th> <th style="width: 15%;">回答欄</th> <th style="width: 45%;">医師記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>以前に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。受けたことがある場合、いつごろですか。（年 月頃）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）治療（投薬など）を受けていますか。その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ はい いいえ はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ） 接種日（年 月 日） 実施医療機関名（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生まれてから今までに特別な病気（心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか。 病名（ ）</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種について質問がありますか。</td> <td style="text-align: center;">はい いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）。 本人又は家族に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td colspan="3">被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（希望します ・ 希望しません）。 この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">ワクチンロット番号</td> <td style="width: 15%;">皮下注射・筋肉注射の別</td> <td style="width: 10%;">接種量</td> <td style="width: 60%;">実施場所・医師名・接種年月日</td> </tr> <tr> <td>メーカー名</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">皮下 ・ 筋肉 ※該当に○を付けて下さい</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">ml</td> <td>実施場所</td> </tr> <tr> <td>Lot No.</td> <td>医師名</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>接種年月日 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	診察前の体温		度	分	生年月日	年 月 日			年齢・性別	満 歳 か月（男・女）			電話番号				質問事項	回答欄	医師記入欄	以前に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。受けたことがある場合、いつごろですか。（年 月頃）	はい いいえ		肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ		今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい いいえ		現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）治療（投薬など）を受けていますか。その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ		今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい いいえ		最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ）	はい いいえ		ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい いいえ		1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ） 接種日（年 月 日） 実施医療機関名（ ）	はい いいえ		生まれてから今までに特別な病気（心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか。 病名（ ）	はい いいえ		その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ		薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ		今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ		医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）。 本人又は家族に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。			医師の署名又は記名押印			被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（希望します ・ 希望しません）。 この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____			ワクチンロット番号	皮下注射・筋肉注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	メーカー名	皮下 ・ 筋肉 ※該当に○を付けて下さい	ml	実施場所	Lot No.	医師名				接種年月日 年 月 日
診察前の体温		度	分																																																																																																																																																													
生年月日	年 月 日																																																																																																																																																															
年齢・性別	満 歳 か月（男・女）																																																																																																																																																															
電話番号																																																																																																																																																																
質問事項	回答欄	医師記入欄																																																																																																																																																														
以前に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。受けたことがある場合、いつごろですか。（年 月頃）	はい いいえ																																																																																																																																																															
肺炎球菌ワクチンの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）治療（投薬など）を受けていますか。その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ																																																																																																																																																															
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる） 本人に対して、予防接種の効果、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																																																																																																																																																																
被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防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。（希望します ・ 希望しません） この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____																																																																																																																																																																
ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日																																																																																																																																																													
ワクチン名	筋肉内注射	0.5 ml	実施場所																																																																																																																																																													
Lot No.			医師名																																																																																																																																																													
			接種年月日 令和 年 月 日																																																																																																																																																													
診察前の体温		度	分																																																																																																																																																													
生年月日	年 月 日																																																																																																																																																															
年齢・性別	満 歳 か月（男・女）																																																																																																																																																															
電話番号																																																																																																																																																																
質問事項	回答欄	医師記入欄																																																																																																																																																														
以前に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。受けたことがある場合、いつごろですか。（年 月頃）	はい いいえ																																																																																																																																																															
肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい いいえ																																																																																																																																																															
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）治療（投薬など）を受けていますか。その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ																																																																																																																																																															
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ） 接種日（年 月 日） 実施医療機関名（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
生まれてから今までに特別な病気（心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか。 病名（ ）	はい いいえ																																																																																																																																																															
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ																																																																																																																																																															
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）。 本人又は家族に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。																																																																																																																																																																
医師の署名又は記名押印																																																																																																																																																																
被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（希望します ・ 希望しません）。 この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____																																																																																																																																																																
ワクチンロット番号	皮下注射・筋肉注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日																																																																																																																																																													
メーカー名	皮下 ・ 筋肉 ※該当に○を付けて下さい	ml	実施場所																																																																																																																																																													
Lot No.			医師名																																																																																																																																																													
			接種年月日 年 月 日																																																																																																																																																													

附 則
この告示は、令和8年4月1日から施行する。