

北九医発第544号

令和7年6月23日

各 医 師 会 長 殿

北九州市医師会

会長 穴井 堅能

(公印省略)

ワクチン製造販売の終了等に伴う対応について

標記の件につきまして、市保健福祉局より別紙の通り通知がありましたので、貴会予防接種実施医療機関への周知方よろしくお願い致します。

北九保健危第629号  
令和7年 6月16日

公益社団法人 北九州市医師会  
会長 穴井 堅能 様

北九州市保健福祉局長 武藤 朋美

### ワクチン製造販売の終了等に伴う対応について

平素から本市の保健福祉行政におきましては、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

ワクチン製造販売の終了等に伴い、接種に必要なワクチンが入手できず代替のワクチンにより接種を行う場合は、添付の記載例を参考に予診票の医師記入欄への記載を行うようお願いいたします。

つきましては、貴会会員への周知をお願いいたします。

### 記

#### 対象となる予防接種

①「四種混合（ジフテリア・百日せき・ポリオ・破傷風）ワクチン」の製造販売終了および「三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）ワクチン」の出荷制限に伴い、「五種混合（ジフテリア・百日せき・ポリオ・破傷風・ヒブ）ワクチン」を使用することでヒブの接種超過が生じる場合

②「小児用肺炎球菌15価ワクチン」の接種を受けていたが、同じワクチンを手できず「小児用肺炎球菌20価ワクチン」で残り回数を接種する場合

#### 1 添付書類

予診票記載例

<p>【問い合わせ先】 北九州市保健福祉局 健康危機管理課 担当：森永、上野 TEL：582-2090 FAX：582-4037</p>
--

# 5種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）予防接種予診票

下の太枠のすべての項目について、油性ボールペン（摩擦熱で消せるペン等は使用不可）であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。

整理番号			今回：1回目・2回目・3回目・追加(4回目)	
(ふりがな)	性別	診察前の体温 度 分		
受ける人の氏名	男・女	保護者の氏名		
生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)			
住所	電 話 - -			
質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
この予診票に添付している「5種混合の予防接種について」を読みましたか		はい	いいえ	
お子さんの予防接種について、以下のワクチンの接種を受けたことがありますか				<b>4混なし</b>
4種混合ワクチン ( 0回・1回・2回・ <b>3回</b> ・追加(4回) )				
ビブワクチン ( 0回・1回・2回・3回・ <b>追加(4回)</b> )				
2回目、3回目接種の方は前回の接種から <u>20日(3週)以上</u> の間隔をあけていますか		はい	いいえ	
追加(4回目)の方は3回目の接種から <u>6か月以上</u> の間隔をあけていますか		はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします				
出生体重( )g 分娩時や出生後に異常がありましたか		いいえ	はい	
その後、乳幼児健診等で異常があるといわれたことがありますか ( )		いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか		いいえ	はい	
具合の悪い症状を書いてください(熱・せき・鼻汁・下痢・吐く・その他 _____)				
最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名( )		いいえ	はい	
4週間以内に家族やいつも一緒に遊んでいる友だちに次のような病気の方がいましたか 病名(麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ)		いいえ	はい	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、発育障害、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか 病名( )		いいえ	はい	
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いわれましたか		はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最終発作 年 月		いいえ	はい	
そのとき熱がありましたか (およそ 度 分)		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		いいえ	はい	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		いいえ	はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類( )		いいえ	はい	
あればそのときの症状を書いてください 症状(熱・吐いた・注射部位のはれ・その他 _____)				
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか ※		いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか ( )		いいえ	はい	
医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせる )			
	保護者又は同伴者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済(接種間隔が過ぎている場合を含む)について説明しました。		医師署名又は記名押印	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済などについて理解したうえで、接種を希望しますか。		( 希望します ・ 希望しません ) どちらかを○で囲んでください		
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。このことを理解のうえ、本予診票(裏面の委任状含む)が北九州市に提出されることに同意します。		保護者(裏面の委任状を使用する場合は同伴者)自署		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名		接種年月日
ワクチン名	(皮下・筋肉内接種)	実施場所		年 月 日
Lot No.	<b>0.5ml</b>	医師名		

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# 5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ) 予防接種予診票

下の太枠のすべての項目について、油性ボールペン(摩擦熱等で消せるペン等は使用不可)であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。

整理番号		今回：1回目・2回目・3回目・追加(4回目)	
(ふりがな)	性別	診察前の体温 度 分	
受ける人の氏名	男・女	保護者の氏名	
生年月日	年 月 日生(満 歳 か月)		
住 所	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">R6年度中に作成した予診票等、過去の接種回数を問う欄がない場合</div>		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について冊子「予防接種と子どもの健康」を読みましたか	はい	いいえ	
2回目、3回目接種の方は前回の接種から20日(3週)以上の間隔をあけていますか	はい	いいえ	
追加(4回目)の方は3回目の接種から6か月以上の間隔をあけていますか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
出生体重( )g 分娩時や出生後に異常がありましたか	いいえ	はい	
その後、乳幼児健診等で異常があるといわれたことがありますか( )	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか	いいえ	はい	
具合の悪い症状を書いてください(熱・せき・鼻汁・下痢・吐く・その他 )			
最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名( )	いいえ	はい	
4週間以内に家族やいつも一緒に遊んでいる友だちに次のような病気の方がいましたか	いいえ	はい	
病名(麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ)			
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、発育障害、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか 病名( )	いいえ	はい	
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いわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最終発作 年 月	いいえ	はい	
そのとき熱がありましたか (およそ 度 分)	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	いいえ	はい	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いいえ	はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類( )	いいえ	はい	
あればそのときの症状を書いてください 症状(熱・吐いた・注射部位のはれ・その他 )			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか※	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか( )	いいえ	はい	

記 入 欄 師	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせる )	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">4混なし</div>
	保護者又は同伴者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済(接種間隔が過ぎている場合を含む)について説明しました。	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済などについて理解したうえで、接種を希望しますか。	( 希望します ・ 希望しません ) どちらかを○で囲んでください
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。このことを理解のうえ、本予診票(裏面の委任状含む)が北九州市に提出されることに同意します。	保護者又は同伴者自署

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名	接種年月日
ワクチン名	(皮下・筋肉内接種)	実施場所	年 月 日
Lot No.	<b>0.5ml</b>	医師名	

※ ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# 小児用肺炎球菌ワクチン接種予診票

北九州市

下の太枠のすべての項目について、油性ボールペン（摩擦熱で消せるペン等は使用不可）であてはまるところに記入するか、○印で囲んでください。

整理番号	今回：1回目・2回目・3回目・追加(4回目)		
(ふりがな)	性別	診察前の体温 度 分	
受ける人の氏名	男・女	保護者の氏名	
生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)		
住所	電 話 - -		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
この予診票に添付している「小児用肺炎球菌の予防接種について」を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時や出生後に異常がありましたか	いいえ	はい	
その後、乳幼児健診等で異常があるといわれたことがありますか ( )	いいえ	はい	
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(熱・せき・鼻汁・下痢・吐く・その他 _____)	いいえ	はい	
最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名( )	いいえ	はい	
4週間以内に家族やいつも一緒に遊んでいる友だちに次のような病気の方がいましたか 病名(麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ)	いいえ	はい	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、発育障害、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか 病名( )	いいえ	はい	
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いわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最終発作 年 月 そのとき熱がありましたか (およそ 度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いいえ	はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類( ) あればそのときの症状を書いてください 症状(熱・吐いた・注射部位のはれ・その他 _____)	いいえ	はい	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか ※	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか ( )	いいえ	はい	

記 医 入 欄 師	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせる )	1.5価なし
	保護者又は同伴者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済(接種間隔が過ぎている場合を含む)について説明しました。	医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済などについて理解したうえで、接種を希望しますか。	( 希望します ・ 希望しません ) どちらかを○で囲んでください
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。このことを理解のうえ、本予診票(裏面の委任状含む)が北九州市に提出されることに同意します。	保護者(裏面の委任状を使用する場合は同伴者)自署

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名	接 種 年 月 日
ワクチン名	(皮下・筋肉内)	実施場所	年 月 日
Lot No.	0.5ml	医師名	

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。