

《子どもの定期予防接種》*全ての予防接種は、委託医療機関(予診票裏面参照)で実施します。

	ワクチン	市が実施する接種対象年齢 【標準的な接種期間】	回数	標準的な間隔	標準的な受け方	個人通知方法
経口生ワクチン	ロタウイルス 【ロタリックス】	生後6週～24週(約5か月半)まで 【標準は生後2か月～】 【1回目は生後14週6日まで】	2回	27日以上	●1回目は生後14週6日までに接種し、27日以上の間隔をあけて2回 生後14週6日【1回目】 → 27日以上あけて → 【2回目】 【注意】 ロタウイルスワクチンは2種類あります。ロタリックスの場合は2回接種で終了です。予診票は1枚破棄してください。	生後2か月を迎える月初めに3枚通知 (注)予診票は1枚破棄してください
	ロタウイルス 【ロタテック】	生後6週～32週(約7か月半)まで 【標準は生後2か月～】 【1回目は生後14週6日まで】	3回	27日以上	●1回目は生後14週6日までに接種し、27日以上の間隔をあけて3回 生後14週6日【1回目】 → 27日以上あけて → 【2回目】 → 27日以上あけて → 【3回目】	生後2か月を迎える月初めに3枚通知
不活化ワクチン	B型肝炎	初回 1歳未満 【標準は生後2か月～8か月】 追加	2回 1回	27日以上 1回目から139日以上	27日以上あけて 1回目(2回目からではありません)から 【1回目】 → 【2回目】 → 139日(20週)以上あけて → 【3回目】	生後2か月を迎える月初めに3枚通知
	小児用肺炎球菌	初回 生後2か月～5歳未満 【標準は生後2か月～6か月】 追加 生後2か月～5歳未満 【標準は生後12か月～14か月】	3回 1回	27日以上 初回(3回目)終了後60日以上	初回 27日以上 初回 27日以上 初回 生後12か月 生後12～15か月の間に3回目から60日以上 追加 【1回目】 → 【2回目】 → 【3回目】 → 【4回目】 ◆接種開始月齢、または接種間隔により受け方・回数が異なります。標準的な接種ができなかった場合はお問合せください。	生後2か月を迎える月初めに4枚通知
	5種混合 ・ジフテリア ・百日せき ・破傷風 ・不活化ポリオ ・ヒブ	1期初回 生後2か月～7歳6か月未満 【標準は生後2か月～6か月】 1期追加 生後2か月～7歳6か月未満 【標準は1期初回(3回目)終了後6か月～18か月】	3回 1回	20日～56日まで 1期初回(3回目)終了後6か月～18か月	1期初回 20～56日あけて 1期初回 20～56日あけて 1期初回 6か月～18か月後 1期追加 【1回目】 → 【2回目】 → 【3回目】 → 【4回目】	生後2か月を迎える月初めに4枚通知
	【DPT-IPV-Hib】 ※令和6年4月1日より定期接種化					
注射生ワクチン	BCG	1歳未満 【標準は生後5か月～7か月】	1回			保健センターで実施する4か月児乳児健診で配布
	麻しん風しん混合(MR)	1期 1歳～2歳未満 2期 小学校就学前1年間	1回 1回			1歳の誕生日を迎える月初め(水痘2枚と同封) 4月初め
	水痘(水ぼうそう)	1歳～3歳未満	2回	半年～1年	半年～1年あけて 【1回目】 → 【2回目】	1歳の誕生日を迎える月初めに2枚通知(MR1期と同封)
不活化ワクチン	日本脳炎	1期初回 生後6か月～7歳6か月未満 【標準は3歳～4歳】 1期追加 生後6か月～7歳6か月未満 【標準は4歳～5歳】 2期 9歳～13歳未満 【標準は9歳～10歳】	2回 1回 1回	6日～28日まで 1期初回(2回目)終了後概ね1年後 1期追加(3回目)終了後4～5年後	1期初回 6～28日あけて 1期初回 おおむね1年後 1期追加 4～5年後 9歳 2期 【1回目】 → 【2回目】 → 【3回目】 → 【4回目】 ◆希望する場合は、生後6か月から接種ができます。予診票を発行しますので、お問合せください。	3歳の誕生日を迎えた翌月初めに2枚通知 1期初回の2回目終了日から1年後の月初め 9歳の誕生日を迎えた翌月初め

★小学6年生を迎える4月初めにDT(ジフテリア・破傷風)2期の予診票を送付します。

◆お問合せ：健康課(館山市コミュニティセンター2階) ☎23-3113

予防接種のご案内

予防接種の対象年齢になると、それぞれの予防接種毎に予診票が通知されます。BCGの予診票は、4か月児乳児健診で配布します。（健診のご案内は、生後2か月頃に地域の保健推進員さんが訪問してお届けします。）予防接種についてのご相談は、健康課（☎23-3113）までお気軽にどうぞ。

- 同封の「予防接種と子どもの健康」の冊子と予診票の裏面を必ず読んで、予防接種を理解してから受けましょう。
- 接種当日、母子健康手帳と予診票は必ず持参してください。

市外の医療機関で予防接種を受けたい場合

- 千葉県内の医療機関で予防接種が受けられる「千葉県内定期予防接種相互乗入制度」がありますので、“相互乗入制度で受けたい”と医療機関へ直接予約してください。
- 県外で予防接種を受けたい場合は、予防接種依頼書等の事務手続きが必要になりますので、健康課へご連絡ください。※この場合、一時的に接種料金が発生します。料金の返還については、償還払い制度（上限額あり）があります。

接種間隔について 確実に免疫をつけるために、接種間隔を守りましょう。

- 異なる種類の予防接種を受ける場合
【注射生ワクチン】 BCG・麻疹風しん混合・水痘・おたふく等
★注射生ワクチンと注射生ワクチンの間隔は27日以上あける
例：4月3日にBCGを受けた場合、5月1日以降に麻疹風しん混合が受けられる

【経口生ワクチン】 ロタウイルス
【不活化ワクチン】 B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・5種混合・日本脳炎・2種混合等
★経口生ワクチンと不活化ワクチンに関しては、間隔の制限は無し

- 同じ種類の予防接種を複数回受ける場合
ワクチン毎に間隔が決まっています。
例：4月3日に5種混合1回目を接種した場合、2回目は20～56日後の4月24日～5月30日の間が標準的な接種期間となります。

- 2種類以上の予防接種を同時に受ける場合
事前に医療機関に相談してください。

予診票の記入のしかた

白抜きの部分を、確認および記入をしてください。住所・氏名・電話番号が変更になった場合は、二重線で修正してください。市外に転出した場合は使えませんので、転出先の市町村に問い合わせてください。

★記入例のように接種回数欄は、接種済みのものは接種日を記入し、今日受ける回数に○をつけてください。

住 所	294-0045 館山市北条1145番地	受診日 西暦 年 月 日	診察前の体温 度 分
フリガナ	タテヤマ ハナコ	電話番号 0470-23-3113	整理番号
氏 名	館山 花子 様	女 生年 2020年1月1日 月日(満 歳 か月)	 1234567
		保護者氏名	

★ 記入例				
接種回数	1回目 (2020年 4月 1日)	2回目 (年 月 日)	3回目 (年 月 日)	追加

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける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	いいえ はい	
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 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
今日 体に具合の悪いところがありますか 具体的な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	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 日 :)	はい いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症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 ()	はい いいえ	
【“はい”と回答した場合】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	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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 () 歳頃 薬品・食品名 () 症状 ()	はい いいえ	
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	はい 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 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
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 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか 今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ はい いいえ	
質問 ()		

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・見合わせたほうがよい) と判断します。 見合わせた場合の理由 () 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。	
医師の自筆署名又は記名押印	

○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制度などについて理解した上で、接種することに同意しますか。 ○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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	同意しません・同意します 保護者の自筆署名
--	--------------------------

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 Lot No. 有効期限 年 月 日	皮下接種 0.5ml	実施場所： 医 師 名： 接種年月日： 西暦 年 月 日