

(公 印 省 略)
令和 7 年 7 月 2 3 日

各 医 療 機 関 の 長 様

広島市長 松井 一 實
(健康福祉局保健部健康推進課)

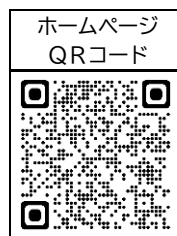
ヒブワクチンの接種回数が規定の回数を超える場合の五種混合ワクチン予診票について

平素より本市の保健衛生行政に御協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、これまで、百日せき等を対象疾病とする予防接種法に基づく第1期の定期接種の実施に当たり、四種混合ワクチンの販売中止により同ワクチンを用いた接種が完了できない者への定期接種に係る取扱いについて、令和7年6月25日付け及び令和7年7月23日付け本市事務連絡により御案内してきたところです。

この度、別紙（裏面）のとおりヒブワクチンの接種回数が規定の回数を超える場合の「5種混合ワクチン予診票」を作成しました。

ついては、広島市ホームページ「【医療機関向け】予防接種について」（ページ番号：1037838）に掲載しておりますので、必要に応じて御活用いただきますようお願いいたします。



【留意事項】接種券の取扱いについて（再掲）

四種混合ワクチンの接種券を持っている保護者が、五種混合ワクチン又は三種混合ワクチン及び不活化ポリオワクチンによる接種を希望する場合、保護者に対して、接種を受ける前に各区保健センターで接種券の交換手続を行うよう、御案内ください。

健康推進課保健予防係
担 当：杉野
T E L：082-504-2882

広島市 ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ【5種混合ワクチン】予防接種予診票

ヒブワクチンの接種回数が規定の回数を超える場合に使用

➤ 1期初回（1回目・2回目・3回目）、1期追加 ← 今回の接種に○をしてください

住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

接 種 歴		1 回目	2 回目	3 回目	4 回目
ヒブワクチン	な し	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
4 種混合ワクチン	な し	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

住 所 広島市 区 番 号 電話：() -

(フリガナ) () 男・女 生年月日 平成・令和 年 月 日 保護者の氏名 (満 歳 か月)

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。() にはその内容を書いてください。

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説明書を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
接種を受ける人は広島市民ですか（広島市に住民登録をしていますか）	はい	いいえ	
あなたのお子さんの发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 乳幼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 あった ある	なかった なかった 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 予防接種の種類 ()	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	
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）を起こしたことがありますか (歳頃)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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りしたことがありますか	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 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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（※）	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	

※ 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。

※ヒブワクチンについて、添付文書に定められる接種回数（1期初回3回・追加1回）を超える接種をした場合の科学的知見は明らかになっていませんが、4種混合ワクチンや3種混合ワクチンの不足等によりやむを得ず5種混合ワクチンの接種を行い、ヒブワクチンの接種回数が規定の回数を超えた場合は、この接種（5種混合ワクチン接種）を定期接種として取り扱います。また、健康被害が発生した場合において、国の認定が得られれば救済を受けることができます。

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。 ・接種を見合わせる理由（ ） 保護者に対して、予防接種の効果、ヒブワクチンの接種回数が規定の回数を超えること、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。 医師署名又は記名押印
保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、ヒブワクチンの接種回数が規定の回数を超えること、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・同意しません）※かつこの中のどちらかに○をしてください。 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。このことを理解の上、本予診票が広島市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	皮下接種 筋肉内接種 } 0.5mL	医療機関所在地 医療機関名 医師名
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・左足・その他 ()	接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注) 予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。