令和７年度
おたふくかぜ予防接種　実施上の留意事項

【目次】　　**ページ**

1　対象者及び内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**1**

2　接種料金・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**1**

3　実施手順

（１）予診票の準備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**1,2**

（２）対象者の確認・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**2**

（３）予診票の記入、医師の予診・説明・・・・・・・・・・・・・**2**

（４）署名等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**2**

（５）接種・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**2**

（６）母子健康手帳への記載・・・・・・・・・・・・・・・・・・**2**

（７）予診票の保管・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**2**

4　副反応疑い報告・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**3**

5　医薬品副作用被害救済制度・・・・・・・・・・・・・・・・**3**

6　委託料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**3**

7　委託料の請求及び支払い方法・・・・・・・・・・・・・・・**4**

8　償還払い制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**4**

【様式】

1	おたふくかぜ予防接種済証	・あらかじめコピーしてご利用ください。 ・本市ホームページから様式をダウンロードできます。
2	おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書	
3	おたふくかぜ予防接種委託契約実施報告書	
4	請求書	
5	予防接種後副反応疑い報告書	

【お問い合わせ先】
鹿児島市 感染症対策課
〒892-8677　鹿児島市山下町 11 番 1 号
TEL(直通)：099-803-7023　　FAX(代表)：099-803-7026

1　対象者及び内容

（１）接種対象者：①１歳以上２歳未満の者【　第１期　】

②５歳以上７歳未満で小学校就学前１年間の者（年長児）【　第２期　】

※各期とも、定期予防接種である「麻しん風しん混合」と同じです。

③令和７年２月１日から４月１日の間に２歳となる者（令和５年２月２日から４月１日生まれの者）のうち、限定出荷のため接種ができなかった者

④令和６年度に小学就学前１年間となる者（平成３０年４月２日から平成３１年４月１日生まれの者）のうち、限定出荷のため接種ができなかった者

※「限定出荷のため接種ができなかった者」の確認は、保護者からの口答確認のみで可能です。

（２）ワクチン：「乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン」

（３）接種量：０．５ｍｌ

（４）接種方法：皮下

2　接種料金

鹿児島市の助成額	被接種者の自己負担額
４，０００円／回 【　各期１回ずつ　】	《医療機関の設定した費用》 －《鹿児島市の助成額（左記）》

各医療機関が設定した接種料金から、鹿児島市の助成額を差し引いた額が、被接種者の自己負担額となります。各医療機関において被接種者から徴収してください。

接種料金を徴収する際は、医療機関の設定した接種料金から助成額を差し引いた金額になっていることを説明してください。

3　実施手順

（１）予診票の準備

① 本市より配布したものあるいは被接種者の保護者が持参したものをご利用ください。
（残りが少ない場合は送付いたしますのでご連絡ください。）

② 「おたふくかぜワクチン予防接種のお知らせ」１枚と予診票２枚複写（鹿児島市提出用と医療機関控用）が１セットになっています。被接種者の保護者に対して、予診票の記入前に「おたふくかぜワクチン予防接種のお知らせ」と裏面の「予防接種を受ける場合の注意点について」を熟読するようお願いしてください。

③ 対象者の方には、次のように個別に送付しております。

第１期　１歳児・・・予診票（誕生月の翌月）

第２期　年長児・・・チラシ（６歳になる年度の４月ころ、ＭＲ２期通知に同封）

※予防接種シールの番号（８桁）を予診票右上の「番号記載欄（８桁）」に転記するようお願いしてください。（５ページ参照）

④ ハガキ等が無くても、８桁の番号が確認できるときは、記載欄に転記するようお願いしてください。

※８桁の番号は各人に固有の番号であり、他の予防接種に使用するシールの番号と同じです。

※本市の開庁時間であれば、感染症対策課に保護者から問い合わせていただき予防接種番号（８桁の番号）を確認することが可能です。

（２）対象者の確認

鹿児島市民でない方の接種については、鹿児島市から委託料は支払われません。

（３）予診票の記入、医師の予診・説明

① 体温を測定してください。

② 接種前に、医師は予診票をチェックし、必要に応じて追加質問し、さらに診察したうえで、接種の可否を決定してください。

③ ワクチンの効果、副反応、救済制度等について十分説明をし、保護者が理解し、同意していることを確認してください。

（４）署名等

① 接種可能となった場合、医師記入欄の「（実施できる）」に〇印と、医師の氏名を記入してください。

② 予診票下の保護者自署欄「（同意します・同意しません）」のいずれかに〇印と、保護者の署名（フルネームで）を記入してもらってください。

（５）接種

① ワクチンの添付文書等に従って接種してください。

② 接種後は、予診票下の実施場所・医師名・接種年月日・使用ワクチン名及び接種量を記入してください。接種年月日は楷書体で明瞭にお願いします。特に、ゴム印を使用される際は、不明瞭にならないようにしてください。

（６）母子健康手帳への記載

① 予防接種後は母子健康手帳の「予防接種の記録」欄に接種年月日・メーカー／ロット・接種者署名等の記入をしてください。

② 保護者が母子健康手帳を持参しなかった場合には、「予防接種済証」に必要事項を記載してお渡しください。

（７）予診票の保管

予診票（医療機関控用）は、カルテに貼付し５年間保管しておいてください。

4　副反応疑い報告

定期予防接種だけではなく、任意接種も予防接種後に生じた副反応疑いを診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人や保護者の同意は不要です）。

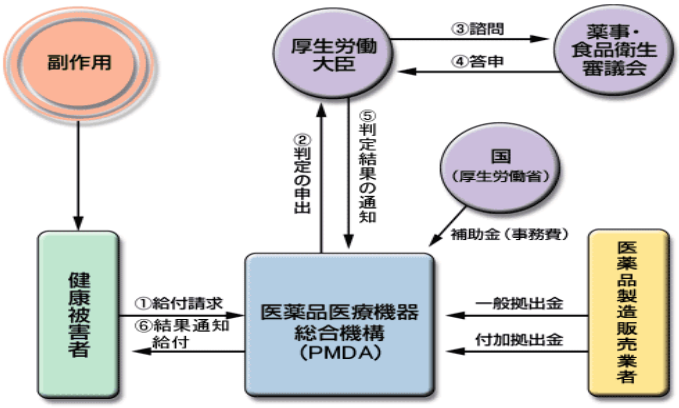
この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用ＦＡＸ番号：０１２０-１７６-１４６

詳細は別冊「詳細は別冊「予防接種後副反応疑い報告書」をご確認ください。

5　医薬品副作用被害救済制度

任意の予防接種で健康被害が発生した場合は、定期接種とは異なり、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。健康被害者が直接行うことになりますので、市民の方から相談された際は、感染症対策課へご連絡ください。



6　委託料（消費税及び地方消費税の額を含む）

４，０００円　　※健康上の理由により接種不可と診断された場合の「予診料」は支払われませんのでご注意ください。（定期接種とは取扱いが異なります）

7　委託料の請求及び支払い方法

	市医師会会員の医療機関	市医師会会員でない医療機関
提出書類	①おたふくかぜ予防接種委託料請求書兼内訳書 （(3-1)(3-2)(3-3)に必要事項をそれぞれ記入のうえ、切り取り線で分割し、下記のとおり取り扱ってください） (3-1)(3-2)…市医師会へ提出 (3-3)…各医療機関で保管 ②予診票（２枚複写） １枚目…市医師会へ提出 ２枚目…各医療機関で保管	①おたふくかぜ予防接種委託契約実施報告書 ②予診票（２枚複写） １枚目…本市へ提出 ２枚目…各医療機関で保管 ③請求書
提出期限	接種月の翌月１０日	接種月の翌月１５日
提出先	鹿児島市医師会事務局	鹿児島市（郵送、直接）
振込時期	本市が市医師会から請求書を受理後、３０日以内に市医師会へ支払い、その後、市医師会から各医療機関に支払われます。	本市が各医療機関から請求書を受理後、３０日以内に指定された口座に支払われます。

・本市において、予診票の記載内容（不備がある場合は返却します）、接種件数、請求金額等を確認したあと、入金されます。

※提出前に、予診票のすべての記載内容に記入漏れ等がないことを再度確認してください。

※不備が多い場合、お支払いできないことがあります。

※予診票は接種回数ごとに揃えてから提出してください。

8　償還払い制度

鹿児島市に住民登録がある者が里帰り等の理由により、市外（定期予防接種は県外）の医療機関において予防接種を公費負担にて接種しようとする場合、必ず、接種前に手続きを行う必要があります。保護者から相談があった場合には、感染症対策課をご案内いただきますようお願いします。

【対象となる予防接種】

・定期予防接種（高齢者のインフルエンザ、肺炎球菌、新型コロナウイルス及び帯状疱疹を除く）

・おたふくかぜワクチン予防接種（任意予防接種）

＜参考＞対象者への送付物

<table>
<tr><th>対象者</th><th>１歳児</th><th>年長児</th></tr>
<tr><td>送付物</td><td>誕生月の翌月に予診票を送付しています。
※予診票を保護者が紛失している場合は本市より配布した予診票を使用してください。

【予診票（こどもの予防接種手帳の中に添付）】</td><td>

⚠ 本チラシは麻しん風しん第２期の通知に同封してお知らせします</td></tr>
<tr><td>使用方法</td><td>予防接種シールを、予診票右上の「予防接種シール貼付欄」に転記</td><td>麻しん風しん第２期通知シールの番号（８桁）を、予診票右上の「番号記載欄」に転記</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2">・チラシの持参がなくとも助成の適用は可能
・麻しん風しん第２期に限らず、水痘や日本脳炎等、その他の予防接種の通知シールの番号を転記してもよい
・本市の開庁時間であれば、感染症対策課に保護者から問い合わせていただき番号を確認することも可能</td></tr>
</table>