事　務　連　絡
令和３年(2021年)9月１日

一般社団法人　滋賀県医師会長　様
各地域医師会長　様
一般社団法人　滋賀県病院協会長　様

滋賀県健康医療福祉部
感染症対策課

予防接種健康被害認定に係る添付資料様式について

このことについて、令和３年８月30日付けで厚生労働省健康局健康課予防接種室から別添のとおり事務連絡がありましたので、お知らせします。
つきましては、貴会員あて情報提供について、よろしくお願いします。

滋賀県健康医療福祉部
感染症対策課
感染情報企画係　足立
TEL　：077-528-3632
FAX　：077-528-4866
E-mail：ej00@pref.shiga.lg.jp

事　務　連　絡
令和３年８月30日

各都道府県衛生主管部（局）　御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

予防接種健康被害認定に係る添付資料様式について

日頃より予防接種行政の推進に御尽力頂き感謝申し上げます。

「予防接種健康被害救済制度」における提出書類中、「被接種者経過概要」については、平成17年７月４日の事務連絡「予防接種健康被害認定に係る資料の添付等について（依頼）」において様式例をお示ししているところですが、今般様式例を別紙のとおり改正させて頂きますので、よろしくお願いいたします。

なお、既に作成した文書を旧様式で提出することは差し支えありません。

お手数ですが、貴管下市町村に対しての周知につきましてもよろしくお願いいたします。

以上

（別紙）　　被接種者経過概要

都道府県名	市町村名	ふりがな 氏　名	生年月日	性別

ワクチンの種類 Lot No.（メーカー名）	接種年月日	接種時年齢	進達時点の状態 （　年　月　日時点）
			□終診（　年　月　日） □治療中　　□障害残存 □死亡

申請書類等（■：提出あり　□：提出なし）

□　予診票
□　接種済証・母子保健手帳
□　副反応疑い報告書

経過

【既往歴】 【経過】 年 ○月●日 年 △月▲日	A病院にてxxxxワクチンを接種。

事　務　連　絡
平成１７年７月４日

各都道府県
　予防接種担当者　様

厚生労働省健康局
　結核感染症課予防接種係長

予防接種健康被害認定に係る資料の添付等について（依頼）

日頃より厚生労働行政の推進について、ご協力を頂きありがとうございます。
「予防接種健康被害救済制度」に係る事務手続きにつきましては、皆様方に種々ご協力を頂いているところですが、提出書類について、下記のとおりとさせて頂きますので、よろしくお願いします。
なお、お手数ですが、貴管下市町村に対しては、貴職から周知されますようお願します。

記

１．認定審査に係る提出書類等につては、すべて「A4サイズ」「片面コピー」に統一すること。

２．認定審査に必要と考えられる写真を入手できる範囲で添付すること。
（ＢＣＧ接種におけるケロイド痕、その他発疹等の状態の判る写真）

３．申請者の病歴等について、概要ペーパーを添付すること。
（参考　別紙様式）
特に「接種後の経過」欄については、接種医等からのサマリーを参考に症状、治療方法、臨床検査結果等を含めて申請者の病状の経過が理解し易いように詳細に記載すること。
（作成に当たっては、必用に応じて、接種医・主治医に協力を求めてください。）

（別　紙）　　様式例

概　　要			
都道府県名		市町村名	
ワクチンの種類		ロット番号（メーカー名）	（　　）
接種年月日	平成　年　月　日	接種年齢	歳　月
（フリガナ） 氏名	（　　）	性別	
生年月日	平成　年　月　日生		
予診票の有無	有・無	診断書（写）の有無	有・無
予防接種済証（母子健康手帳の写）の有無	有・無		
出産時の状態（正常・異常）	正常・異常	出産時の体重	g
既往歴			
接種後の経過	予防接種実施日 平成　年　月　日 月　日 月　日 月　日 月　日 月　日 平成　年 月　日 月　日 現在の状況 平成　年　月　日現在	平成　年　月　日　時　分 ○○○医療機関にて予防接種を実施 症状、治療方法、臨床検査結果等　病状の経過を詳細に記載してください。 治療中、経過観察　等	