

## 鳥取県定期予防接種広域化事業における留意事項

### (1) 予約受付(広域化)について

- ・ 接種希望者の居住する市町村が、広域化を実施していることを一覧で確認した上で、予約を受けてください。
- ・ 接種希望者が居住する市町村へ連絡していることを確認してください。
- ・ 不明な場合は、各市町村に問い合わせてください。

### (2) 予防接種実施(広域化)について

- ・ 接種希望者の母子健康手帳、健康保険証及び特別医療受給者証等で接種対象者であることを確認してください。
- ・ 接種希望者の居住する市町村が使用している予診票で予診を行った後、接種を行ってください。
- ・ 接種当日に予診票が無い場合は、各市町村に問い合わせください。(問い合わせは、平日のみの対応となります。)
- ・ 登録医師が診察・接種を実施してください。

### (3) 予診票の記載について

- ・ 予診票に記載もれのないようにしてください。(保護者の署名、医師の署名、体温など)
- ・ 対象年齢の確認をお願いします。(必ず生年月日から計算してください。)

### (4) 母子健康手帳の記載について

- ・ 必ず母子健康手帳で接種履歴(接種回数・接種間隔等)を確認してください。
- ・ 母子健康手帳を忘れた場合、接種履歴が確認できないことから接種を行わないでください。
- ・ 接種後は、母子健康手帳に接種日等の記載を必ず行ってください。

### (5) 接種券について

- ・ 接種券の取扱いについては、下記のとおり対応をお願いします。

#### ①西部地区住民(接種券無し)

⇒東部・中部地区の協力医療機関で接種する場合、医療機関は接種券無しで接種してください。

#### ②東部・中部地区住民(接種券有り)

⇒西部地区の協力医療機関で接種する場合、医療機関は接種券を回収し、請求時に各市町村へ提出してください。

⇒当日、接種券が無い場合は、各市町村へ連絡し、その指示に従ってください。

### (6) 接種委託料の請求について

- ・ 報告書兼請求書、予診票及び接種券(ある場合のみ)を1ヵ月分まとめて、実施月の翌月15日までに各市町村へ提出してください。
- ・ 委託料は、被接種者の居住する市町村の料金を適用してください。委託料金表については、別途、医師会から送付します。
- ・ 接種間違い(対象年齢、接種間隔等)の場合、委託料の支払いができないことがありますのでご注意ください。

### (7) その他

- ・ 予防接種間違いが発生した場合は、早急に被接種者が居住する市町村まで報告してください。
- ・ 予防接種の副反応疑い報告は、医師等が予防接種を受けた者において厚生労働省令に定める症状を診断した場合には、予防接種副反応疑い報告書を速やかに独立行政法人医薬品医療器総合機構に提出してください。

(別紙)

### 鳥取県定期予防接種広域化実施報告書 兼 請求書

年 月 日

〇〇市(町村)長 様

医療機関名  
住所地  
電話  
医療機関の長又は管理者名

印

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これに係る委託料を請求します。

ワクチン種別		委託単価 (円)	接種件数	請求金額 (円)
四種混合	クアトロバック スクエアキッズ			
	テトラビック			
三種混合				
二種混合				
不活化ポリオワクチン				
麻しん風しん混合	第1期			
	第2期			
麻しん	第1期			
	第2期			
風しん	第1期			
	第2期			
日本脳炎	6歳未満			
	6歳以上~7歳半未満			
	7歳半以上~13歳未満			
	13歳以上			
ヒブワクチン				
小児用肺炎球菌ワクチン				
水痘ワクチン				
B型肝炎ワクチン	0.25ml			
	0.50ml			
結核 (BCG)				
子宮頸がん予防ワクチン				
ロタウイルス	1価			
	5価			
合計				

※委託単価は、請求先の市町村の圏域契約で定めている金額と同一とする。

#### 振込口座

銀行・信金 信組・農協		支店
普通・当座 (どちらかに○印)		
口座番号		
フリガナ		
口座名義人氏名		