

医療機関の長 様

広島市医師会

会長 松村 誠

医療機関コード及び発熱や急性疾患（医学的理由）により接種間隔を超過した場合の 接種券への記載について（お知らせ）

日頃より、各種健診及び予防接種事業にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

標記の件につきまして、平成25年6月26日付け（広市医第103号）、7月29日付け、8月7日付け
でご案内いたしましたが、補足説明を加えて、再度、下記のとおりお知らせいたしますので、ご一読いた
だきますようお願いいたします。

記

広島市においては、平成26年4月から予防接種台帳システムを稼働することとしており、平成25年4
月接種分以降の接種の履歴を台帳システムに登録する予定としています。

平成26年度以降は、同システムにより委託料の支払いを行うため、接種医療機関も併せて登録する必要
があります。

また、接種間隔を超過した接種については、自動的にエラーとして除外されるため、医学的理由によるも
のについては、入力の際にその識別を行う必要があります。

つきましては、大変お手数ですが、平成25年8月1日からの接種については、医療機関コード
の欄がないものも含め、全ての接種券（高齢者のインフルエンザ・成人用肺炎球菌
ワクチンは除く）に以下の2つの項目を記載していただきますようご協力をお願いいたします。

1 記載項目

(1) 医療機関コード（中国四国厚生局において医療機関ごとに定められた数字7桁の番号）

現在、使用している全ての接種券に、「医療機関コード」の記載をお願いします。

また、平成25年8月1日以降の接種分については、医療機関コードの記載がないものを返
送させていただく場合がありますので、ご注意ください。（※）

なお、「項目 No.」や「区 No.」については、記載していただく必要はありません。

※ 平成26年度以降は、このコードの記載を元に支払い業務を行うため、記載のないものや不明瞭な
ものはエラーとなり、当月分として支払いができなくなりますので、ご注意ください。

(2) 発熱や急性疾患（医学的理由）により接種間隔を超過した場合の接種券への「医あり」の記載

接種券に「医あり」と記載していただく対象の予防接種は、裏面の表に挙げたとおり接種間隔に「～
日（月）まで」が定められているもので、接種間隔を超過した場合のみです。

裏面の表以外の予防接種については、発熱や急性疾患があった場合であっても、「医あり」の記載対
象とはなりませんので、ご注意ください。

なお、記載場所は、「医あり」の記載は、接種券上部中央にお願いします。（左上はホッチキスでとめ
ることがあり、見えなくなるため、左上部には記載されないよう併せてお願いいたします。）

裏面に続く→

【「医あり」と記載していただく対象の予防接種】

予防接種の種類	区分（定められている接種間隔）
ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ （4種混合、3種混合）	1期初回1～3回目（20日から56日まで）
日本脳炎	1期初回1～2回目（6日から28日まで）、 1期追加（11月から14月未満）
Hib感染症（ヒブワクチン）	初回（27日から56日まで）、 追加（7月から13月まで）
ヒトパピローマウイルス感染症 （子宮頸がん予防ワクチン：サーバリックス）	1回目から2回目（1月から2年半まで）、 3回目（1回目の接種後、5月から12月まで）

【参考：発熱や急性疾患に該当しない場合】

接種間隔を超過した理由が、以下の項目に該当する場合については、現時点では、医学的理由とみなせませんので、お間違えのないようにお願いします。

- ・ 接種を忘れていた。
- ・ 引っ越しや出産、その他の私用により接種できなかった。
- ・ 他の予防接種との間隔をあける必要があった。
- ・ 被接種者本人ではなく、家族が病気にかかっていた。

2 接種券への記載例

- ・ 医療機関コード：記載欄がないものについても、医療機関コードの記載が必要です。

記載欄がないものは、接種券上部の右上の余白に記載をお願いします。

- ・ 医学的理由がある時の記載：「医あり」は、接種券上部中央の左上以外の余白に記載をお願いします。（左上はホッチキスでとめることがあり、見えなくなるため）

記載してください

広島市		ヒブワクチン		医あり		4回目		医療機関コード	
4回目		(注)開始時の年齢区分をチェックしてください。		開始時の年齢区分		□2～6か月齢 □1～4歳		↓これまでの接種歴	
住所		区		丁目		番		号	
保護者の氏名		カナ		氏名		生年月日		H . .	
接種を受ける乳幼児		カナ		氏名		生年月日		H . .	
								男 . 女	
								医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名	

記載してください

日本脳炎（1期初回1回目 3歳未満）		医あり		医療機関コード		No. 09776	
1期初回 2回目		住所		区		町	
		丁目		番		号	
		保護者の氏名		接種年月日		H . .	
		接種を受ける乳幼児		生年月日		H . .	
						男 . 女	
						医療機関所在地	
						名称	
						医師氏名	

専こ家 368 21.2改 A6 色上70 5年保存

※ 医療機関コード記載欄の一番小さなものは、縦：0.8cm、横：3.6cmです。
ゴム印を作成される際に参考にしてください。

＜お問い合わせ先＞ 広島市保健部保健医療課 電話：504-2622