

令和 7 年度 那覇市予防接種手引書

(成人風しん第5期予防接種)

<目 次>

○委託料金表 P1

○那覇市個別予防接種における注意事項について P2～P4

○予診票 P5～P6

○委託料請求書(様式) P7

令和 7 年 7 月発行版

《問合わせ先》

- ① 那覇市保健所 健康増進課 〒902-0076 那覇市与儀 1-3-21
予防接種グループ 電話 098-853-7961 FAX 098-853-7965
- ② 那覇市医師会生活習慣病検診センター 〒900-0034 那覇市東町 26-1
予防接種係 電話 098-868-9331 (直通) 098-860-8591
FAX 098-860-6696

【那覇市ホームページ 予防接種】

<https://www.city.naha.okinawa.jp/nahahokenjyo/yobosyurui/yobousessyutoppage.html>



<医療機関向け> 那覇市予防接種実施要綱、請求書、予診票、事故報告書について

○ 委託料金表 (価格は消費税含む)

(令和 7 年 7 月現在)

	予防接種名	予診及び接種	予診のみ	
成人風しん第 5 期	M R	10,351円	1,100円	那覇市医師会から支払い
	風しん単独	6,754円		

原則として、MR ワクチンを接種してください (MR ワクチンの在庫がないなどやむを得ない場合にのみ風しん単独ワクチンを接種してください)。

○ 那覇市成人風しん第5期予防接種における注意事項について

1. 成人風しん第5期の予防接種について

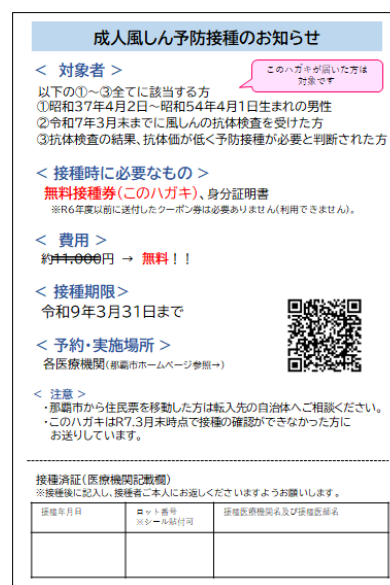
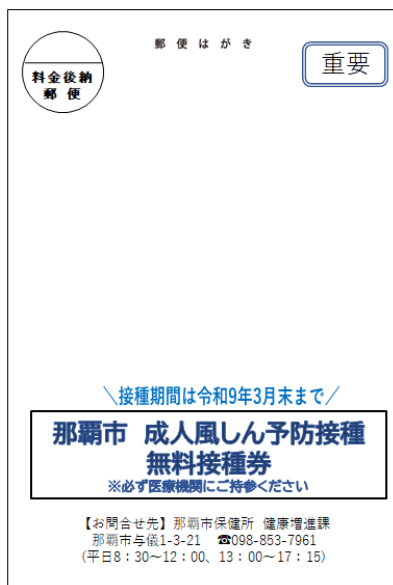
(1) 予診票等に関する注意事項 ※P4「予診票のチェック項目」を参照してください。

- ア 黒のボールペン等、消すことができないもので記載を行ってください。
- イ 予診票の内容審査～お支払いまで迅速に行えるよう、那覇市の予診票の使用をお願いいたします。(各医療機関におかれましては、請求事務担当者から接種担当者へ、その旨周知頂けますよう、よろしくお願いします)。
- ウ マイナンバーカード等により、接種日時点で那覇市民であることを確認してください。
住所に不明な点があるときは那覇市健康増進課へお問い合わせください。
なお、次のような場合は公費助成対象外となる場合があります。
- ・那覇市の住所以外が予診票に記載されている場合(被災者等、その旨那覇市からの依頼書を持参している方を除きます。)
 - ・接種日当日以前に転出した場合(遡って那覇市に住所を有しなくなった場合も含みます。)
- エ 予診票の質問事項及び体温の記入漏れ、医師、被接種者(又は代理人)の署名漏れ、またワクチンシールの貼付漏れがないかを確認してください。

(2) 対象者の確認方法

那覇市発行の以下の無料接種券(ハガキ)を持参している方が対象者です。

※紛失などにより、無料接種券(ハガキ)を持参していない場合は、那覇市健康増進課までご連絡ください。



(3) 予防接種済証(接種券裏面下部)の交付

接種後、接種券の裏面下部欄に、接種年月日、ロット番号、実施場所、医師名を記載し、被接種者に交付してください。

★那覇市の予診票をご利用ください。

那覇市予防接種手引書(成人風しん第5期予防接種)についている予診票または那覇市ホームページからダウンロードをお願いします。

内容の審査をスムーズに行うためにも、那覇市の予診票の利用にご協力ください。

2. 請求に関すること

(1) 請求期限

- ア 予診票（原本）を添えて当月分を翌月 10 日までに那覇市医師会に提出してください。
各地区医師会会員以外の医療機関は、翌月 10 日までに那覇市に提出してください。
- イ 会計年度をまたいでの支払いはできません。請求遅延のないようお願いします。

(2) 請求金額

小児に接種する場合の MR ワクチンとは委託料が異なりますのでご注意ください。

(3) 請求書の作成等

- ア 請求書は、訂正印や修正液等による修正は不可です。
- イ 那覇市医師会会員で、既に那覇市へ「口座振込依頼書」を提出している場合は、変更がなければ毎回の記入は不要です。
- ウ 口座、住所、代表者等に変更がある場合は、那覇市医師会及び那覇市へご連絡ください。
医師会会員以外の医療機関は、那覇市へご連絡ください。
- エ 年度途中で「法人」になった等により債権者の変更があった際、債権者変更届を提出せず請求した場合や、債権者登録（正式な医療機関の名称及び代表者の役職氏名）のとおり請求書が整っていない場合は、振り込みができませんのでご注意ください。
- オ 本手引書に添付の令和 7 年度の請求書様式をコピーしてご使用ください。

(4) 不備等による返却について

- ア 本手引書に記載の注意事項、その他予防接種法等に基づいた実施であると判断しかねる場合は、委託料をお支払いできないことがあり、訂正のため請求書等をご返却する場合があります。
- イ 予防接種関係法令等に基づかない対象年齢、接種回数、ワクチン接種量等に誤りがあった場合で、万一、被接種者に健康被害が生じたときは、予防接種法に基づく健康被害救済制度の対象となりませんので、十分ご注意ください。

ご協力をお願い

- ◇那覇市では、各医療機関から提出された請求書をとりまとめて、一括して審査・振込処理を行っています。そのため、1 か所の医療機関でも不備等があると、振込に遅れが生じます。
請求書を送付する際には、「2. 請求に関すること」を確認し、不備がないようお願いします。
- ◇提出期限の順守をよろしくお願いします。
- ◇那覇市のホームページより、請求書、予診票、那覇市予防接種実施要綱等の関連資料がダウンロードできますのでご利用ください。

請求受理から振込完了までスムーズな事務作業へのご協力をよろしくお願いします。

予診票のチェック項目

予防接種及び委託料請求時には、予診票の記入もれ等がないか確認してください。
(※のある項目に不備がある場合、返戻となる可能性があります。)

各項目	
1. 本人記入欄及び医療機関記入欄	
a	体温
b	接種を受ける人の氏名（フルネーム）、フリガナ
c	生年月日
※ d	住所（那覇市の住所が記載されているか）
♡市外の住所の記載がある場合は、那覇市へ対象者か確認してください。 （被災者等、市発行の通知を持参した場合を除きます。） ♡対象外の場合は、請求不可。	
2. 医師の記入欄	
a	「可能」・「見合わせる」・「いずれかを○で囲む
b	（見合わせるの場合）「予診のみ」の☑
※ c	医師署名または記名押印
♡予防接種ガイドラインで、「署名は医師の直筆で行う。ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行う。」とされています。ゴム印等で記名した場合は、必ず医師の押印をお願いします。	
3. 接種希望書	
a	「接種を希望します」・「接種を希望しません」・「いずれかを○で囲む
※ b	被接種者又は代理人氏名（フルネーム）
c	（代理人の場合）続柄 ・被接種者が自署できず代理人が署名する場合は、代理人の氏名及び続柄を記入してください。
♡予防接種の有効性、接種後の副反応や予防接種健康被害救済制度について、被接種者へ説明を行い、自署により同意を得た場合に限り接種を行うこととなっています。必ず自署させてください。	
4. 使用ワクチン名（シールの貼り付け可）	
a	ワクチン名
b	（Lot No.）
♡万が一副反応が出た場合に備え、ワクチンメーカー名の確認のために必要な項目となっております。特に記入もれが多い項目となっておりますので、忘れずにご記入をお願いします（シール可）。	
5. 接種量	
a	接種量 0.5mlを皮下接種
6. 実施場所・医師名・接種年月日	
a	実施場所（院内で実施していない場合、医師の勤務医療機関も併記）
b	医師名
c	接種年月日

成人風しん第5期MR予防接種 予診票

住所	那覇市	診察前の体温	(度 分) ※体温は医療機関で測り記入してください
フリガナ		電話番号	() —
接種を受ける人の氏名			
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)		

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日の予防接種について裏面の注意事項を確認しましたか。	はい	いいえ	
2	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3	現在、何か病気にかかっていますか。（病名：_____）	はい	いいえ	
	治療（投薬など）を受けていますか。 （治療の内容：_____）	はい	いいえ	
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
4	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5	今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（_____）	はい	いいえ	
6	薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
7	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。 症状（_____） 予防接種の種類（_____）	はい	いいえ	
8	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9	1ヵ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	
10	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 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言われましたか。	はい	いいえ	
11	最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（_____）	はい	いいえ	
12	6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（注1）の注射を受けましたか。	はい	いいえ	
13	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	被接種者が、風しん第5期予防接種の対象者であることを確認（した・していない）
	以上の問診及び診察の結果、 今日の予防接種は（可能・見合わせる）
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
	医師署名又は記名押印 _____

医師記入欄	使用ワクチン名 ※2	接種量	実施場所・医師名	接種年月日
	ワクチン名 Lot No. 予診のみ □※3	皮下接種 0.5ml	実施場所： 医師名：	令和 年 月 日

5

◇予防接種の一般的注意事項◇

◆接種を受ける前の注意

- ・接種当日は、朝から自身の状態をよく観察し、普段と変わったところの無い事を確認するようにしましょう。
- ・予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、分からないことは接種を受ける前に接種医に質問しましょう。
- ・事前に記入する予診票は、接種する医師への大切な情報です。責任を持って正確に状況を記入してください。

◆接種を受ける際に注意が必要な方

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などで治療を受けている。
- ・過去に予防接種を受けて二日以内に発熱または発疹、じんましんなどのアレルギーと思われる症状があった方。
- ・過去に免疫不全の診断を受けた方及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる方。
- ・ワクチンに含まれる卵の成分や、抗生物質、安定剤などについてアレルギーがあると言われたことのある方。
- ・薬の投与を受けて皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある。
- ・過去にけいれんやひきつけを起こしたことがある。
- ・予防接種を受けようとしたとき、周囲（家庭、職場等）で麻しんやおたふくかぜなどの感染症が流行している。

※上記に該当する方は、前もって主治医と相談しておきましょう。

◆接種を受けられない方

- ・37.5℃以上の発熱がある場合。
- ・重い急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ・今回受ける予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシー（ショック症状）を起こしたことのある方。
- ・その他、医師が不適当な状態と判断した場合。

◆予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ・接種後30分間は接種を受けた医療機関で自身の状態を観察するか、医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。急な副反応はこの間に起こることがあります。
- ・接種後、生ワクチンは4週間、不活化ワクチンは1週間の副反応に注意しましょう。
- ・入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。また、激しい運動は避けましょう。

◆予防接種の副反応と健康被害救済制度について

ワクチンの種類によって異なりますが、発熱、接種局所の発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、発疹などが比較的多い頻度で認められます。通常、数日で改善するので心配はありません。

しかし、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状がおきた場合は、医師の診断を受けてください。国内で使用するワクチンは副反応の発生が比較的少ないと言われていますが、ワクチンの種類によっては、きわめてまれ（100万～数百万人に1人程度）に重い副反応が生じることもあります。このような場合に厚生労働大臣が、副反応が定期の予防接種によるものと認定した場合は、法に基づく健康被害救済の給付が受けられます。

※定期予防接種には対象者が決められています。対象者以外の方の接種は、料金が全額自己負担となり健康被害救済制度も法に基づかない給付の対象となる場合がありますので注意しましょう。

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーしてお使いください。

請求書（成人風しん第5期）

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

（ 年 月分）

請求額	千万	百万	十万	万	千	百	十	一

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

項 目	人数	単価	金 額
予診のみ	人	1,100 円	円
予診及び接種	MR	10,351 円	円
	風しん 単 独	6,754 円	円
合計	人	—	円

（※内訳については正しい人数、金額をご記入ください）

（消費税込み）

受 取 口 座	金融機関名	銀行		支店
		金融コード	支店コード	
	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他（	口座番号	
	フリガナ			
	口 座 名			

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《 送付先 》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696