

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	PCV7
ワクチン名(出力用)	PCV7
略号(英字)	PCV
有効年	2
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分6

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名:商品名	副反応名
1	1回目	1回目	ファイザー	アナフィラキシー
2	2回目	2回目		急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
3	3回目	3回目		ADEM以外の脳炎・脳症
4	追加	追加		熱性けいれん
5				無熱性けいれん
6				ギランバレー症候群
7				その他の神経障害(※1)
8				39℃以上の発熱
9				血小板減少性紫斑病
10				肘を越える局所の異常腫脹
11				全身のじんましん
12				血管迷走神経反射
13				通常の接種では見られない異常反応(※2)
14				上記症状に伴う後遺症
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	PPV23
ワクチン名(出力用)	PPV23
略号(英字)	PPV
有効年	1.5年
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分10

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名:商品名	副反応名
1	1回目	1回目	MSD	アナフィラキシー
2	2回目以上	2回目以上		急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
3				ADEM以外の脳炎・脳症
4				けいれん
5				ギランバレー症候群
6				その他の神経障害(※1)
7				39°C以上の発熱
8				血小板減少性紫斑病
9				肝機能異常
10				肘を越える局所の異常腫脹
11				全身のじんましん
12				じんましん以外の全身の発疹
13				血管迷走神経反射
14				通常の接種では見られない異常反応(※2)
15				上記症状に伴う後遺症
16				
17				
18				
19				
20				

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	水痘
ワクチン名(出力用)	水痘
略号(英字)	V
有効年	2
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分7

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名	副反応名
1	1回目	1回目	阪大微生物病研究会(微研)	アナフィラキシー
2	2回目	2回目		急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
3				ADEM以外の脳炎・脳症
4				熱性けいれん
5				無熱性けいれん
6				ギランバレー症候群
7				その他の神経障害(※1)
8				39°C以上の発熱
9				血小板減少性紫斑病
10				接種局所の異常反応
11				全身のじんましん
12				じんましん以外の全身の発疹(水疱を含む)
13				血管迷走神経反射
14				通常の接種では見られない異常反応(※2)
15				上記症状に伴う後遺症
16				
17				
18				
19				
20				

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	おたふくかぜ
ワクチン名(出力用)	おたふくかぜ
略号(英字)	Mu
有効年	1~1.5
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分7

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名	副反応名
1	1回目	1回目	武田薬品工業(武田)	無菌性髄膜炎
2	2回目	2回目	北里第一三共(北里)	精巣炎(睾丸炎)
3				難聴
4				アナフィラキシー
5				急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
6				ADEM以外の脳炎・脳症
7				熱性けいれん
8				無熱性けいれん
9				ギランバレー症候群
10				その他の神経障害(※1)
11				39℃以上の発熱
12				血小板減少性紫斑病
13				接種局所の異常反応
14				全身のじんましん
15				じんましん以外の全身の発疹
16				血管迷走神経反射
17				通常の接種では見られない異常反応(※2)
18				上記症状に伴う後遺症
19				
20				

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	Hib(ヒブ)
ワクチン名(出力用)	Hib(ヒブ)
略号(英字)	Hib
有効年	3
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分6

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名	副反応名
1	1回目	1回目	サノフィパスツール第一三共(サノフィ第一三共)	アナフィラキシー
2	2回目	2回目		急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
3	3回目	3回目		ADEM以外の脳炎・脳症
4	追加	追加		熱性けいれん
5				無熱性けいれん
6				ギランバレー症候群
7				その他の神経障害(※1)
8				39℃以上の発熱
9				血小板減少性紫斑病
10				肘を越える局所の異常腫脹
11				全身のじんましん
12				血管迷走神経反射
13				通常の接種では見られない異常反応(※2)
14				上記症状に伴う後遺症
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	HPV
ワクチン名(出力用)	HPV
略号(英字)	HPV
有効年	2
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分8

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名:商品名	副反応名
1	1回目	1回目	グラクソ・スミスクライン(GSK): サーバリック	血管迷走神経反射(失神、血圧低下、顔色不良、徐脈を含む)
2	2回目	2回目	MSD: ガーダシル	アナフィラキシー
3	3回目	3回目		急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
4				ADEM以外の脳炎・脳症
5				熱性けいれん
6				無熱性けいれん
7				ギランバレー症候群
8				その他の神経障害(※1)
9				39℃以上の発熱
10				血小板減少性紫斑病
11				肘を越える局所の異常腫脹
12				全身のじんましん
13				通常の接種では見られない異常反応(※2)
14				上記症状に伴う後遺症
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ワクチン情報	
ワクチン名(入力用)	ロタウイルス
ワクチン名(出力用)	ロタウイルス
略号(英字)	RV
有効年	3
日数区分	日数区分1
年齢区分	年齢区分9

	ワクチン期(入力用)	ワクチン期(出力用)	製造所名:商品名	副反応名
1	1回目	1回目	グラクソ・スミスクライン(GSK): ロタリックス	腸重積症
2	2回目	2回目	MSD: ロタテック	下痢
3	3回目	3回目		アナフィラキシー
4				急性散在性脳脊髄炎(ADEM)
5				ADEM以外の脳炎・脳症
6				熱性けいれん
7				無熱性けいれん
8				ギランバレー症候群
9				その他の神経障害(※1)
10				39°C以上の発熱
11				血小板減少性紫斑病
12				全身のじんましん
13				通常の接種では見られない異常反応(※2)
14				上記症状に伴う後遺症
15				
16				
17				
18				
19				
20				

予防接種後健康被害救済申請・予防接種後副反応報告書管理システム

区分: _____
 年: _____
 ワクチン: _____
 ID: _____

システム管理

書類 副反応報告書(1報) 副反応報告書(2報) 副反応報告書(3報以上) 健康被害救済申請概要報告

被接種者情報
 氏名 姓 _____ 名 _____ 性別 男性 女性 不明
 氏名(カナ) セイ _____ メイ _____ 生年月日 _____年 _____月 _____日 都道府県 _____

接種場所 都道府県 _____ 市区町村 _____

接種の状況 ワクチン名 _____ 期 _____ 製造所名 _____ ロット番号 _____ 接種日 _____年 _____月 _____日

副反応情報 発生日 _____月 _____日

その他 予後 _____ 状況 _____ キーワード _____ 表示項目 個人情報表示なし

検索

- 副反応報告書
- 健康被害申請概要報告書

- DPT
- DT
- 日本脳炎
- ポリオ
- 麻しん風しん混合(MR)
- 麻しん
- 風しん
- BCG
- インフルエンザ
- DPTIPV
- IPV
- HB
- PCV7
- PPV23
- 水痘
- おたふくかぜ
- Hib(ヒブ)
- HPV
- ロタウイルス

検索結果を拡大表示する

性別	ワクチン名	期	同時接種有無	製造所名

健康被害救済申請概要報告書 検索結果を拡大表示する

選択	性別	ワクチン名	期	同時接種有無	製造所名	ロット番号	接種日	接種時年齢	接種時月齢	受付都道府県	厚生労働省

処理経過詳細
 処理経過全体

基本情報登録画面

PC入力の場合は、1項目毎に必ずEnterキーを押してください

報告者情報 (被接種者情報)	報告者	氏名				施設名				
	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 接種者 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 本人又は保護者 <input type="checkbox"/> その他 (その他の場合詳細: _____)								
	報告者住所	都道府県		市区町村				丁目番地		
接種場所	施設名				都道府県		市区町村			

予防接種後副反応報告書

市町村（特別区）長様 入力の際は、1項目毎に必ずEnterキーを押してください

※：必須入力項目

患者情報 (被接種者情報)	氏名	(カナ) セイ	メイ	
		(漢字) 姓	名	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不明		
	生年月日	年 月 日		
	現住所	都道府県 ※	市町村 (特別区) ※	それ以下
電話番号	保護者名 姓 名			
報告者情報	報告者	氏名 ※	施設名 ※	
	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 接種者 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 本人又は保護者 <input type="checkbox"/> その他 (その他の場合詳細:)		
	報告者住所	都道府県 ※	市町村 (特別区) ※ それ以下	
接種場所	施設名	都道府県 ※	市町村 (特別区) ※	
接種の状況	ワクチン名	期 ※		
	同時接種 ワクチンの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合詳細:)		
	製造所名	ロット番号		
	接種部位	(その他の場合詳細:)	接種方法	
	接種日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分	
	接種時年齢	歳 月	接種前の体温 度 分	
	家族歴	出生体重	グラム	
	予診票での留意点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合詳細:)		
	副反応情報	発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 (接種日を0とし、日)
		副反応名	①	②
③			④	
⑤			⑥	
⑦			⑧	
⑨			⑩	
※1: 詳細を記入してください ()				
※2: 詳細を記入してください ()				
概要			※[Alt]+[Enter]で改行 (症状・兆候・検査 臨床経過・診断)	
他疾患の可能性			考えられる鑑別疾患名: ()	
予後	死亡		死亡日	年 月 日
	剖検所見	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合詳細:)		
	<input type="checkbox"/> 重篤 (死亡の危険あり)			
	入院	病院名		
	入院期間	年 月 日	~ 年 月 日 日数	
	後遺症	詳細	※ [Alt]+[Enter]で改行	
	<input type="checkbox"/> 外来経過観察中			
	<input type="checkbox"/> 治癒・軽快			
	その他	詳細	※ [Alt]+[Enter]で改行	
	回復状況	<input type="checkbox"/> 回復している <input type="checkbox"/> 回復していない <input type="checkbox"/> 不明		
報告回数	副反応報告回数 ※ <input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第2報 <input type="checkbox"/> 第3報以降			
保護者あるいは被接種者の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
この報告書は、予防接種後の副反応の発生状況を把握し、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本報告書が市町村(特別区)、都道府県及び厚生労働省に報告されることに同意します。		保護者または被接種者自署 ()		

関係者記入欄

自治体・保健所名	市町村 (特別区)	保健所	都道府県	厚生労働省	受付日時	担当者名	整理番号
					年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分		

予防接種後副反応報告書の副反応名一覧

説明文を確認してください

予防接種後副反応報告書の副反応情報にある副反応名の一覧を以下に記述します。
副反応報告書を印刷して使用する場合は、このシートも合わせて印刷し、この中から選択するようにしてください。

ワクチン名	記号	副反応名	ワクチン名	記号	副反応名	ワクチン名	記号	副反応名	
DPT	001	アナフィラキシー	ポリオ	301	その他の神経障害(※1)	風しん	601	アナフィラキシー	
	002	急性散在性脳脊髄炎(ADEM)		302	39℃以上の発熱		602	急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	
	003	ADEM以外の脳炎・脳症		303	全身のじんましん		603	ADEM以外の脳炎・脳症	
	004	熱性けいれん		304	じんましん以外の全身の発疹		604	熱性けいれん	
	005	無熱性けいれん		305	通常の接種では見られない異常反応(※2)		605	無熱性けいれん	
	006	ギランバレー症候群		306	免疫不全のない者での急性灰白髄炎(麻痺)		606	ギランバレー症候群	
	007	その他の神経障害(※1)		307	免疫不全のある者での急性灰白髄炎(麻痺)		607	その他の神経障害(※1)	
	008	39℃以上の発熱		308	ワクチン服用者との接触者の急性灰白髄炎(麻痺)		608	39℃以上の発熱	
	009	血小板減少性紫斑病		309	髄膜炎		609	血小板減少性紫斑病	
	010	肘を超える局所の異常腫脹		310	上記症状に伴う後遺症		610	接種局所の異常反応	
	011	全身のじんましん		麻しん風しん混合(MR)	401		アナフィラキシー	611	全身のじんましん
	012	血管迷走神経反射			402		急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	612	じんましん以外の全身の発疹
	013	通常の接種では見られない異常反応(※2)			403		ADEM以外の脳炎・脳症	613	血管迷走神経反射
	014	上記症状に伴う後遺症			404		熱性けいれん	614	通常の接種では見られない異常反応(※2)
DT	101	アナフィラキシー	405		無熱性けいれん	615	上記症状に伴う後遺症		
	102	急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	406		ギランバレー症候群	BCG	701	接種局所の異常反応	
	103	ADEM以外の脳炎・脳症	407		その他の神経障害(※1)		702	通常の接種では見られない異常反応(※1)	
	104	熱性けいれん	408		39℃以上の発熱		703	上記(下記)症状に伴う後遺症	
	105	無熱性けいれん	409		血小板減少性紫斑病		704	腋窩リンパ節腫脹(直径1cm以上)	
	106	ギランバレー症候群	410		接種局所の異常反応		705	ゲロイド	
	107	その他の神経障害(※1)	411		全身のじんましん		706	骨膜炎・骨髄炎	
	108	39℃以上の発熱	412		じんましん以外の全身の発疹		707	皮膚結核様病変	
	109	血小板減少性紫斑病	413		血管迷走神経反射		708	全身性播種性BCG感染症	
	110	肘を超える局所の異常腫脹	414		通常の接種では見られない異常反応(※2)		インフルエンザ	801	アナフィラキシー
	111	全身のじんましん	415	上記症状に伴う後遺症	802			急性散在性脳脊髄炎(ADEM)	
	112	血管迷走神経反射	麻しん	501	アナフィラキシー			803	ADEM以外の脳炎・脳症
	113	通常の接種では見られない異常反応(※2)		502	急性散在性脳脊髄炎(ADEM)			804	けいれん
	114	上記症状に伴う後遺症		503	ADEM以外の脳炎・脳症			805	ギランバレー症候群
日本脳炎	201	アナフィラキシー		504	熱性けいれん			806	その他の神経障害(※1)
	202	急性散在性脳脊髄炎(ADEM)		505	無熱性けいれん	807		39℃以上の発熱	
	203	ADEM以外の脳炎・脳症		506	ギランバレー症候群	808		血小板減少性紫斑病	
	204	熱性けいれん		507	その他の神経障害(※1)	809		肝機能異常	
	205	無熱性けいれん		508	39℃以上の発熱	810		肘を超える局所の異常腫脹	
	206	ギランバレー症候群		509	血小板減少性紫斑病	811		全身のじんましん	
	207	その他の神経障害(※1)		510	接種局所の異常反応	812		じんましん以外の全身の発疹	
	208	39℃以上の発熱		511	全身のじんましん	813		血管迷走神経反射	
	209	血小板減少性紫斑病		512	じんましん以外の全身の発疹	814		通常の接種では見られない異常反応(※2)	
	210	肝機能異常		513	血管迷走神経反射	815	上記症状に伴う後遺症		
	211	肘を超える局所の異常腫脹		514	通常の接種では見られない異常反応(※2)				
	212	全身のじんましん	515	上記症状に伴う後遺症					
	213	じんましん以外の全身の発疹							
	214	血管迷走神経反射							
215	通常の接種では見られない異常反応(※2)								
216	上記症状に伴う後遺症								

記号は暫定で作成しました、ご確認ください
何が案がございましたら、ご連絡ください

予防接種後副反応報告書作成に対する注意点

1. プルダウン以外の項目については必ず入力後にエンターキーを押してください。
2. 終了時は必ず画面右下にある入力チェックボタンを押下し入力チェックを行ってください。
入力チェックを行わないと接種からの日数の計算ができません。
その際、入力エラー項目には、ピンクの色が付きませんが、項目の最初のセルのみに色が付きまますので、ご確認はその項目全体で御願います。
3. その他、項目名・入力内容は以下の表を参照してください。

項目名	記入 必須項目	概要	入力可能 桁数	
患者情報	氏名(カナ)	○	予防接種後に副反応を認めた者の氏名(カナ)をセイ・メイ別々に記入してください	
	氏名(漢字)		予防接種後に副反応を認めた者の氏名(漢字)を姓・名別々に記入してください	
	性別	○	予防接種後に副反応を認めた者の性別を選択してください、不明の場合は「不明」を選択してください	
	生年月日		予防接種後に副反応を認めた者の生年月日を記入してください、半角数字で入力してください	
	現住所		予防接種後に副反応を認めた者の現住所を記入してください	
	電話番号		予防接種後に副反応を認めた者の電話番号を記入してください、半角数字で入力してください	
	保護者氏名		予防接種後に副反応を認めた者の保護者氏名を姓・名別々に記入してください	
	報告者情報	氏名	○	副反応報告書を作成した者の氏名を記入してください
施設名		○	副反応報告書を作成した者の所属する施設名を記入してください	
接種者との関係			報告者との関係を選択してください、該当する項目が存在しない場合はその他を選択し「その他の場合詳細」欄に記入してください	
報告者住所		○	報告者の所属する施設の住所を記入してください(本人あるいは保護者の場合は現住所を記入してください)	
接種場所		施設名		予防接種を実施した施設名(場所)を記入してください
	都道府県・市区町村	○	予防接種を実施した施設の都道府県・市区町村を記入してください	
			セイ	20
			メイ	20
			姓	20
			名	20
			性別	-
			和暦	-
			年・月・日	2
			都道府県	-
			市区町村	20
			以下	100
			市外局番	4
			市内局番	4
			加入者番号	4
			姓	20
			名	20
			氏名	20
			施設名	100
			関係	-
			詳細	100
			都道府県	-
			市区町村	20
			以下	100
			施設名	100
			都道府県	-
			市区町村	20

予防接種後副反応報告書作成に対する注意点

- プルダウン以外の項目については必ず入力後にエンターキーを押してください。
- 終了時は必ず画面右下にある入力チェックボタンを押下し入力チェックを行ってください。
入力チェックを行わないと接種からの日数の計算ができません。
その際、入力エラー項目には、ピンクの色が付きますが、項目の最初のセルのみに色が付きまますので、ご確認はその項目全体でお願いします。
- その他、項目名・入力内容は以下の表を参照してください。

項目名	記入 必須項目	概要	入力可能 桁数		
接種の状況	ワクチン名	○	実施したワクチンの名前を選択してください	ワクチン名	-
	期	○	実施したワクチンの期を選択してください	期	-
	同時接種ワクチンの有無	○	予防接種を実施した際に同時に他の予防接種を実施しているか選択してください、実施した場合はそのワクチンの名前を「ありの場合詳細」欄に記入してください	有無 詳細	- 20
	製造所名	○	実施したワクチンの製造所を選択してください	製造所名	-
	ロット番号	○	実施したワクチンのロット番号を記入してください、半角英数字・半角記号で入力してください 半角記号・・・!#\$%&'()*+,-./:;<=>@[¥]`^_`{ }~「」、”	ロット番号	15
	接種部位		実施したワクチンの接種した部位を選択してください、該当する項目が存在しない場合はその他を選択し「その他の場合詳細」欄に記入してください	接種部位 その他	- 20
	接種方法		実施したワクチンの接種方法を選択してください	接種方法	-
	接種日時	○	予防接種を実施した日時を記入してください、半角数字で入力してください	和暦 年・月・日 午前/午後 時・分	- 2 - -
	接種時年齢	○	予防接種を実施した時の年齢を記入してください、0歳の場合は「月齢」まで記入してください、半角数字で入力してください	歳 か月 分	3 2 3
	接種前の体温		予防接種を実施した時の体温を記入してください、半角数字で入力してください	度 分	- 3
	家族歴		血縁関係のある者において、今回の副反応と関連があると考えられる疾病があった、あるいは現在ある場合は記入してください	家族歴	100
	出生体重		出生時の体重を記入してください、半角数字で入力してください	出生体重	4
	予診票での留意点	○	予診票の内容を選択してください、ありの場合は「ありの場合詳細」欄に記入してください	あり・なし 詳細	- 1000
○		副反応が発生した日時を記入してください、発生日(日目)は発生日時を記入し入力チェックを行うと自動的に表示されます、半角数字で入力してください	和暦 年・月・日 午前/午後 時・分	- 2 - -	
副反応情報	○	該当する副反応名を選択してください、複数選択が可能です、なお選択された副反応名に「※」がある場合は詳細を記入してください	副反応名 詳細1 詳細2	- 40 40	
	○	副反応の概要を詳しく記入してください	概要	2000	
他疾患の可能性	○	今回の副反応が他疾患によるものである可能性について選択してください、なお可能性が「極めて高い」あるいは「高い」場合は考えられる鑑別疾患名を「考えられる鑑別疾患名」欄に記入してください	他疾患の可能性 疾患名	- 100	

予防接種後副反応報告書作成に対する注意点

1. プルダウン以外の項目については必ず入力後にエンターキーを押してください。
2. 終了時は必ず画面右下にある入力チェックボタンを押下し入力チェックを行ってください。
入力チェックを行わないと接種からの日数の計算ができません。
その際、入力エラー項目には、ピンクの色が付きますが、項目の最初のセルのみに色が付きますので、ご確認はその項目全体でお願いします。
3. その他、項目名・入力内容は以下の表を参照してください。

項目名		記入 必須項目	概要	入力可能 桁数		
予後	予後	○	予後を選択してください、複数選択が可能です	予後	-	
	予後(死亡)		予後に死亡を選択した場合、死亡日と剖検所見の有無を記入してください(必須記入)、なお剖検所見がある場合は「詳細」欄に記入してください	和暦 年・月・日	- 2	
	予後(入院)			予後に入院を選択した場合、病院名と入院期間を記入してください(必須記入)、現在入院中の場合は退院日の記入は必要ありません、入院日数は入院期間を記入し入力チェックを行うと自動的に表示されます	剖検所見 詳細	- 50
					病院名	50
					入院日開始和暦	-
					入院日開始年・月・日	2
					入院日終了和暦	-
予後(後遺症)		予後に後遺症を選択した場合、詳細を記入してください(必須記入)	入院日終了年・月・日	2		
予後(その他)		予後にその他を選択した場合、詳細を記入してください(必須記入)	後遺症 詳細	- 1000		
回復状況	○	報告時点での回復状況を選択してください	その他 詳細	- 1000		
報告回数	副反応報告回数	○	今回の副反応報告書の報告回数を選択してください	回復状況	-	
保護者あるいは被接種者の同意		○	本報告書を市区町村、都道府県及び厚生労働省に報告されることに関して同意の有無を選択してください	副反応報告回数	-	
				同意	-	

条件

項目	例	入力欄
年度 ※	2011	
現在の年月日 ※	2012/03/31	
回収日 ※	2011/12/31	
評価 ※	中間評価	
対象期間(開始日) ※	2011/04/01	
対象期間(終了日) ※	2011/06/30	
伸び率(前回日付)	2010/06	
伸び率(今回日付)	2011/06	

作成する表	都道府県別総合表	
	都道府県別順位別	
	接種率比較	
	政令指定都市順位別 市区町村順位別	

作成する

クリアする

高校2年生相当の年齢 麻しん:(②+③)／① 風しん:(②+④)／①

項目名	列数
① 麻しん風しんワクチン接種対象者数	21
② MRワクチン接種者数	22
③ 麻しん単抗原ワクチン接種者数	23
④ 風しん単抗原ワクチン接種者数	24

作成する

インプットファイルについて

シート名	都道府県集計用	
合計名	合計	
都道府県名	行数	列数
	5	22

テスト

結果

メッセージ

都道府県	ファイル名
1 北海道	
2 青森県	
3 岩手県	
4 宮城県	
5 秋田県	
6 山形県	
7 福島県	
8 茨城県	
9 栃木県	
10 群馬県	
11 埼玉県	
12 千葉県	
13 東京都	
14 神奈川県	
15 新潟県	
16 富山県	
17 石川県	
18 福井県	
19 山梨県	
20 長野県	
21 岐阜県	
22 静岡県	
23 愛知県	
24 三重県	
25 滋賀県	
26 京都府	
27 大阪府	
28 兵庫県	
29 奈良県	
30 和歌山県	
31 鳥取県	
32 島根県	
33 岡山県	
34 広島県	
35 山口県	
36 徳島県	
37 香川県	
38 愛媛県	
39 高知県	
40 福岡県	
41 佐賀県	
42 長崎県	
43 熊本県	
44 大分県	
45 宮崎県	
46 鹿児島県	
47 沖縄県	

まるもりツールの使い方

① 「IN」フォルダを選択してください。
② 「まるもりツール.xls」を選択してください。

ツールが入っているフォルダに「IN」フォルダがあります。その中に47ファイル(47都道府県分)を入れてください ※47ファイルより多い/少ない場合はツールが起動しません

まるもりツールをダブルクリックして起動します。入力シートを表示してください

47ファイル

メッセージを確認してください。ツールの入っているフォルダに「OUT」フォルダがあります。その中にメッセージに書かれているフォルダが入っています。そこを開いて結果を確認してください

メッセージ: 作成が終了しました。OUTフォルダにある2012.0111.1530フォルダを確認してください

③ 「入力シート」の条件の欄に必要なデータを(例を参考にしながら)記入してください

項目	例	入力欄
年度	2011	2011
現在の年月日	2012/03/31	2012/03/31
開始日	2011/02/01	2011/02/01
詳細	47都道府県	47都道府県
対象期間(開始日)	2011/04/01	2011/04/01
対象期間(終了日)	2011/06/30	2011/06/30
押ひき(前日付)	2011/05	2011/06
押ひき(当日付)	2011/05	2011/06

④ 準備が整ったら「作成する」ボタンを押下してください

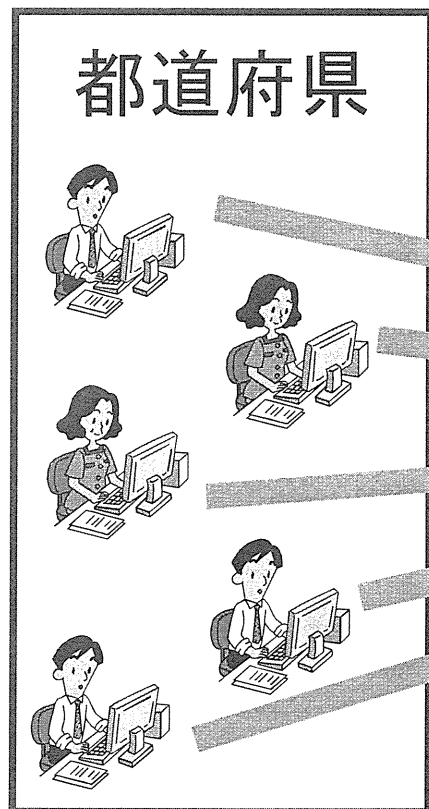
⑤ 正常終了の場合

⑤ エラーの場合

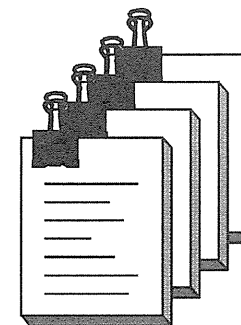
メッセージ欄でエラー内容を確認してください。必要であれば、都道府県の隣にあるファイル名を参考にしながら修正してください (システムエラーが出た場合はご連絡ください) エラー内容を修正したら、再度「作成する」ボタンを押下してください

メッセージ: 作成が終了しました。OUTフォルダにある2012.0111.1530フォルダを確認してください

麻しん・風しんの接種率資料



数日かけて作業
↓
修正依頼
↓
やりなおし……



数分で完成！

乳幼児予防接種 スケジュール

注1

本スケジュール案は2012年現在、接種可能な主なワクチンをすべて受けると仮定して1例を示したものです。接種の順番や受けるワクチンの種類については、お子様の体調や周りの感染症発生状況によって異なります。詳しくはかかりつけの小児科医、保健所等でご相談ください。

注2

接種に際しては次の決まりがあります。スケジュールを立てるときの参考にしてください。別の種類のワクチンを接種する場合は、以下のように接種することになっています。

■ 生ワクチンの接種後は

中27日(いわゆる4週間)以上あけて受けます。

【例】月曜日に接種した場合、次の接種は4週間後の月曜日以降となります。

■ 不活化ワクチンの接種後は

中6日(いわゆる1週間)以上あけて受けます。

【例】月曜日に接種した場合、次の接種は翌週の月曜日以降となります。

