

(資料1)

## 予防接種後副反応疑い報告書 入力アプリ

急性散在性脳脊髄炎 (ADEM), ギラン・バレ症候群 (GBS) ブライトン分類評価項目入力欄の搭載版について

下記 URL 画面からアプリ zip ファイルをダウンロードしていただけます。

ダウンロード後はオフライン環境で報告書の入力、報告書 PDF 作成が可能です。

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

【動作環境】 ※本アプリは以下の環境で動作確認を行っています。

OS : Windows 7, Windows 8/8.1, Windows 10, Mac OS X v10.11

ブラウザ : [Windows] Google Chrome, Internet Explorer, Microsoft Edge [Mac] Safari

その他 : Java 8, PDF ビューアソフト (Acrobat Reader など) が必要です。

### <アクセス方法>

国立感染症研究所 感染症疫学センター のトップページ

NIID 国立感染症研究所  
NATIONAL INSTITUTE OF INFECTIOUS DISEASES

文字の大きさ 標準 大きく

検索...

ホーム 研究所の概要 所長挨拶 アクセス 関連リンク お問い合わせ メンテナンス 記事一覧

日本語 ENGLISH

お知らせ

- 採用情報
- 調達情報
- 情報公開
- 公開講座・研修
- その他

感染症情報

- 疾患名で探す
- 感染源や特徴で探す
- 予防接種情報**
- 災害と感染症

IDSC 国立感染症研究所  
Infectious Disease Surveillance Center 感染症疫学センター

最新情報 New

小学校入学準備に2回目の麻疹・風疹ワクチンを!  
2020年04月01日

2019-nCoV (新型コロナウイルス)感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル  
(2020年3月31日更新)  
2020年03月31日

IASR 41(3), 2020【特集】日本のClostridioides difficile感染症  
2020年03月31日

IASR Vol.41, No.3 (No.481), March 2020 日本のClostridioides difficile感染症  
2020年03月31日

フォーカス Focus

- 新型コロナウイルスに関する解説及び中国で報告されている新型コロナウイルスに関連する情報
- 麻疹
- 風疹
- インフルエンザ
- インフルエンザA(H7N9)

[https://www.niid.go.jp/niid/ja/home\\_idsc.html](https://www.niid.go.jp/niid/ja/home_idsc.html)

### 「予防接種情報」のページ

トピックス

- 2019/20シーズン インフルエンザワクチン株
- 海外では麻しん(はしか)が流行しています - 海外渡航前に麻しん風しん混合ワクチンを!
- 年齢別麻疹、風疹、MMRワクチン接種率
- 定期予防接種率(独立行政法人統計センター: 政府統計e-StatのHP)
- 風疹の現状と今後の風疹対策について

予防接種後副反応疑い報告書  
入力アプリ ダウンロード

麻疹・風疹ワクチン  
なぜ2回接種なの? **重要**

小学校入学準備に  
2回目の麻疹・風疹  
ワクチンを! **重要**

PUBLISHED: 2016年9月27日

## 「予防接種後副反応疑い報告書」入力アプリ

- 本アプリは「予防接種後副反応疑い報告書」をパソコンの画面上で作成するためのアプリです。
- 以下のボタンからダウンロードしてご使用ください。

予防接種後副反応疑い報告書  
入力アプリ ダウンロード

[ ver.4.3 (2020年3月27日～) / zip 2.92MB ]

※ 本アプリは圧縮されていますので、**必ず解凍してからご使用ください。**

⇒ [解凍方法の例 \(PDF 568KB\)](#)

※ ご使用前に「[簡易マニュアル \(PDF 1.1MB\)](#)」および「[操作マニュアル \(PDF 5.5MB\)](#)」をお読みください。

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

<解凍後 zip ファイル 内>

下記の5つのファイルが表示されます。

「※1」「※2」のガイドにあるように、1\_報告書作成、2\_印刷用ファイル作成を行います。

「1\_報告書作成」はブラウザを使用して開きますが、ダウンロード後は全行程オフラインで使用可能です。

### データ保存

※1報告書作成時は「1\_報告書作成」をダブルクリックしてください。

※2印刷時は「2\_印刷用ファイル作成」をダブルクリックしてください。

1\_報告書作成.html

2\_印刷用ファイル作成.jar

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル <small>(定期的場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>	性別	1 男 2 女	接種時 年齢	歳 月
	住所	都道 府県	区市 町村	生年月日	T S H 年 月 日生
報告者	氏名	1 接種者 2 主治医 3 その他( )			
	医療機関名			電話番号	
接種場所	医療機関名				
	住所				
ワクチン	ワクチンの種類 <small>(②~④は、同時接種したものを記載)</small>	ロット番号	製造販売業者名	接種回数	
	①			① 第 期( 回目)	
	②			② 第 期( 回目)	
	③			③ 第 期( 回目)	
④				④ 第 期( 回目)	
接種の状況	接種日	平成 年 月 日	午前・午後 時 分	出生体重	<small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>
	接種前の体温	度 分	家族歴		
	子診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)				
	1 有				
	2 無				
症状の概要	症状	定期接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名: )			
	発生日時	平成 年 月 日	午前・午後 時 分		
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因(他の 疾患等)の可 能性の有無	1 有	
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)		2 無		
○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無					
症状の程度	1 重い	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 (病院名: 医師名: 平成 年 月 日入院 / 平成 年 月 日退院)			
	2 重くない	6 上記1~5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常			
症状の転帰	転帰日	平成 年 月 日			
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状: ) 5 死亡 6 不明				
報告者意見					
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後				

前頁報告書別紙様式1の各項目が、アプリ上の各タブに配置されており、順に入力ができるようになっています。

一時データ保存

一時データ読込

印刷用データ保存

大

中

小

## 予防接種後副反応疑い報告書

バージョン 5(2020年2月更新)

※報告書作成の際は、最新バージョンをご利用ください。 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

**報告者** 患者 ワクチン 接種の状況 症状 報告者意見

報告者情報保存 報告者情報読込

### 報告者

\*印は必須入力

医療機関名\*

氏名\*

住所\*

電話番号\*  (例) 0312345678 (ハイフン不要,半角数字)

報告者の種別\*  接種者  接種者/主治医  主治医  その他

患者に進む

報告者

患者

ワクチン

接種の状況

症状

報告者意見

## 患者(被接種者)

\*印は必須入力

氏名またはイニシャル\*

姓

名

定期的場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載

フリガナ

セイ

メイ

性別\*

 男  女  不明

生年月日\*

年

月

日

接種時年齢\*

歳

か月

0歳の場合は月齢を必ず記載してください

現在の年齢ではなく、予防接種を受けた時点(複数接種日の場合は直近)の年齢をご記入下さい

住所\*

都道府県

区市町村

(例)〇〇区、〇〇市

?

ワクチンに進む

報告者

患者

ワクチン

接種の状況

症状

報告者意見

## ワクチン

\*印は必須入力

ワクチン 1

接種種別\*

 定期  任意

ワクチンの種類\*

ロット番号\*

 不明

?

製造販売業者名\*

製造販売業者名が選択にない場合は、入力アプリの新しいバージョンを下記 URL からダウンロードしてください

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

接種日時\*

年

月

日

時

分

症状の出現が接種後24時間以内の場合は、時分まで記載してください

時間が不明の場合は、時、分ともに不明を選んでください

接種回数\*

?

+

ワクチン入力欄を追加する (同時接種など)

接種の状況に進む

## 接種の状況

\*印は必須入力

接種前の体温  °C (例) 36.5°C (小数点第1位まで記載)出生体重  グラム 患者が乳幼児の場合に記載 半角4桁まで家族歴 

入力は50文字以内です

予診票での留意点\*  有  無 基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等を記入

入力は100文字以内です (改行も文字数に含まれます)

## 接種場所

## [ADEM プライトン分類評価項目入力画面]

症状として、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）にチェックを入力すると、下記に続く『予防接種後急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票』の記載欄が、通常の入力欄に連続して画面表示され、入力が可能となります。

一時データ保存

一時データ読込

印刷用データ保存

大

中

小

### 予防接種後副反応疑い報告書

バージョン 5(2020年2月更新)

※報告書作成の際は、最新バージョンをご利用ください。 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

報告者

患者

ワクチン

接種の状況

症状

報告者意見

#### 症状の概要

\*印は必須入力

必ず、「ワクチン」の入力画面を入力してから、この画面の入力を行ってください

症状は以下から1つ以上選んでください

症状が15種類以上ある場合は、概要欄に記載してください

- |                             |  |  |                                      |
|-----------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 定期接種の場合で<br>報告基準に該当する<br>症状 | <input type="checkbox"/> アナフィラキシー        | <input checked="" type="checkbox"/> 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) | <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症       |
|                             | <input type="checkbox"/> けいれん            | <input type="checkbox"/> 脊髄炎                         | <input type="checkbox"/> ギラン・バレー症候群  |
|                             | <input type="checkbox"/> 視神経炎            | <input type="checkbox"/> 血小板減少性紫斑病                   | <input type="checkbox"/> 血管炎         |
|                             | <input type="checkbox"/> 肝機能障害           | <input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群                    | <input type="checkbox"/> 喘息発作        |
|                             | <input type="checkbox"/> 間質性肺炎           | <input type="checkbox"/> 皮膚粘膜眼症候群                    | <input type="checkbox"/> 急性汎発性発疹性膿疱症 |
| その他の反応                      | <input type="checkbox"/> 無呼吸             | <input type="checkbox"/> 気管支けいれん                     | <input type="checkbox"/> 多発性硬化症      |
|                             | <input type="checkbox"/> 顔面神経麻痺          | <input type="checkbox"/> 末梢神経障害                      | <input type="checkbox"/> 知覚異常        |
|                             | <input type="checkbox"/> ぶどう膜炎           | <input type="checkbox"/> 関節炎                         | <input type="checkbox"/> 蜂巣炎         |
|                             | <input type="checkbox"/> 血管迷走神経反射 (失神あり) | <input type="checkbox"/> 血管迷走神経反射 (失神なし)             |                                      |
| 上記以外の反応                     | <input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎          | <input type="checkbox"/> 腸重積症                        | <input type="checkbox"/> 症状名1を記入     |
|                             | <input type="checkbox"/> 症状名3を記入         | <input type="checkbox"/> 症状名4を記入                     | <input type="checkbox"/> 症状名5を記入     |
|                             | <input type="checkbox"/> 症状名7を記入         | <input type="checkbox"/> 症状名8を記入                     | <input type="checkbox"/> 症状名9を記入     |
|                             |  |  | <input type="checkbox"/> 症状名2を記入     |
|                             |  |  | <input type="checkbox"/> 症状名6を記入     |
|                             |  |  | <input type="checkbox"/> 症状名10を記入    |

\*\*\*\*\* (中略) \*\*\*\*\*

# 予防接種後急性散在性脳脊髄炎（ADEM）調査票

## 1. 組織病理診断の実施

\*印は必須入力

組織病理診断の実施\* あり なし

- びまん性または多発性の脱髄部位が見られる(ADEMに合致する)
- その他

所見

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?



### 炎症性脱髄

炎症により神経の髄鞘が障害された状態。

代表的な例として、多発性硬化症、視神経脊髄炎、急性散在性脊髄炎、アトピー性脊髄炎、中脳末梢連合脱髄症、Fisher症候群/Bickerstaff型脳幹脳炎などが挙げられる。

他の脱髄の要因として、ウイルス感染、代謝異常/中毒、低酸素/虚血、局所圧迫などがある。

## 2. 臨床症状

\*印は必須入力

臨床症状について 以下についてチェックしてください（複数選択可能）

- 炎症性脱髄が原因と推定される ?
- 初めての事象である（先行する予防接種の有無を問わない）
- 以前に、下記にあげるような中枢神経系の脱髄疾患の既往がある

- ADEM
- 横断性脊髄炎
- 視神経炎
- 視神経脊髄炎
- 多発性硬化症
- clinically isolated syndrome(多発性硬化症における臨床的に初発の段階)
- その他

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

- 臨床的に多発性の中枢神経系の障害(事象)である
- 発熱により説明できない脳症（意識の変容や行動変化）

初めて以下の症状が発現した日\*

年  月  日

該当する症状\* 中枢神経系に帰することのできる限局性または多発性所見について、以下該当する症状は全てチェックしてください

（複数選択可能）

- 脳症（例：意識レベルの低下または変容、嗜眠、または人格変化が24時間以上続く）
- 限局性皮質徴候（失語症、失読症、失書症、皮膚官などを含むが、これらに限らない）
- 脳神経の単一または複数の異常
- 視野の単一または複数の欠損（小児であれば、他覚的な眼科的検査の代用も可能である）
- 原始反射（パビンスキー徴候、眉間反射、口とがらし反射または吸引反射）の存在
- 運動麻痺（広汎性または限局性、限局性である場合が多い）
- 感覚異常（感覚レベルはある場合も、ない場合もある）
- 深部腱反射の変化（反射減弱または亢進、反射の非対称性）
- 小脳の機能障害（運動失調症、測定障害、小脳性眼振など）
- その他

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?



### 3. 画像所見

\*印は必須入力

磁気共鳴画像診断(MRI) 撮像の実施（診断の根拠となった結果について入力してください）\*

あり  なし

検査日\* 年 月 日

(複数選択可能)

- びまん性または多発性の白質病変が、T2強調画像・拡散強調画像（DWI）、もしくはFLAIR画像（T1強調画像によるガドリニウム増強はあってもなくてもよい）において認められる
- 以下の所見がある。（認められる所見を選択して下さい）

- 大脳白質優位の、びまん性、境界不鮮明で、大きな (>1-2 cm) 病変を認める
- 白質のT1 低信号病変を認めない
- 深部灰白質病変（例、視床または基底核）を認める

- 以下の多発性硬化症のMRI基準の二つとも、もしくはいずれかを満たさない

<MRIによる空間的多発の証明>

4つの中枢神経領域（脳室周囲、皮質直下、テント下、脊髄）のうち少なくとも2つの領域にT2病変が1個以上ある（造影病変である必要はない。脳幹あるいは脊髄症候を呈する患者では、それらの症候の責任病巣は除外する。）

<MRIによる時間的多発の証明>

無症候性（造影）のガドリニウム造影病変と無症候性（非造影）の非造影病変が同時に存在する（いつの時点でもよい。）。あるいは基準となる時点のMRIに比べてその後（いつの時点でもよい。）に新たに出現した症候性または無症候性（T2）病変及び／あるいはガドリニウム造影病変がある。

- その他

所見

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

### 4. 疾患の経過

\*印は必須入力

発症から報告までの期間 発症から最終観察までの期間  
間 月 日 日 月

疾患の経過について\*

- 疾患は単相パターンである(当てはまるものを全てチェック)

- 症状のナディア（臨床症状が最悪である時期）から最低3か月以内の再発がない
- 発症後の3か月以内には臨床症状や画像上の変動はあってもよいが、3か月以降は症状の再発はない

- 疾患の単相パターンを示すには観察期間が不十分である（当てはまるものを全てチェック）

- 症状のナディアから最低3か月以内の再発がないことを記録するには追跡期間が不十分である
- 発症後の観察期間が3か月以内である

## 5. 全ての診断レベルにおける除外基準

除外基準\* 以下が全て否定できる  はい  いいえ

- 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する
- 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した
- MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない

- 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する
- 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した
- MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない

上記設問に「いいえ」と回答した場合は、さらに下記の選択肢を選択するよう促すコメントが表示されます（下記画面）。

## 5. 全ての診断レベルにおける除外基準

除外基準\* 以下が全て否定できる  はい  いいえ

- 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する
- 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した
- MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない

「いいえ」の場合は、当てはまるものを選んでください

- 病気を説明できる、他の明らかな急性感染症や他の疾患が存在する
- 症状のナディアから臨床的改善が3か月続いた後に疾患が再発または再燃した
- MRIの所見や、組織病理のデータがADEMの診断に合致しない

## 6. 髄液検査の実施

\* 印は必須入力

髄液検査の実施（診断  あり  なし

の根拠となった結果について入力してください）\*

検査日\* 年  月  日

細胞数  / $\mu$ L

糖  mg/dL

蛋白  mg/dL

オリゴクローナルバンド

所見あり  所見なし  検査未実施

IgGインデックスの上昇

所見あり  所見なし  検査未実施

所見

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます）

## 7. 自己抗体の検査

\*印は必須入力

自己抗体の検査（診断の根拠となった結果について入力してください）\*

あり なし

検査日\* 年 月 日

抗AQP4抗体

陽性 陰性 検査未実施

抗MOG抗体

陽性 陰性 検査未実施

その他

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

\*\*\*\*\* 最終的に、上記項目の入力内容に従って、ブライトン分類の自動判定結果が表示されます \*\*\*\*\*

### ブライトン分類

急性散在性脳脊髄炎  
(ADEM) の症例定義

レベル1



報告者意見に進む

### ブライトン分類

急性散在性脳脊髄炎  
(ADEM) の症例定義

報告者意見に進む

## [GBS プライトン分類評価項目入力画面]

同様に、症状として、ギラン・バレ症候群（GBS）にチェックを入力すると、下記に続く『予防接種後ギラン・バレ症候群（GBS）調査票』の記載欄が、通常の入力欄に連続して画面表示され、入力が可能となります。

一時データ保存

一時データ読込

印刷用データ保存

大

中

小

### 予防接種後副反応疑い報告書

バージョン 5(2020年2月更新)

※報告書作成の際は、最新バージョンをご利用ください。 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

報告者

患者

ワクチン

接種の状況

症状

報告者意見

#### 症状の概要

\*印は必須入力

必ず、「ワクチン」の入力画面を入力してから、この画面の入力を行ってください

症状は以下から1つ以上選んでください

症状が15種類以上ある場合は、概要欄に記載してください

定期接種の場合で 報告基準に該当する 症状	<input type="checkbox"/> アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	<input type="checkbox"/> 脳炎・脳症
	<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> 脊髄炎	<input checked="" type="checkbox"/> ギラン・バレ症候群
	<input type="checkbox"/> 視神経炎	<input type="checkbox"/> 血小板減少性紫斑病	<input type="checkbox"/> 血管炎
	<input type="checkbox"/> 肝機能障害	<input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群	<input type="checkbox"/> 喘息発作
	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 皮膚粘膜眼症候群	<input type="checkbox"/> 急性汎発性発疹性膿疱症
その他の反応	<input type="checkbox"/> 無呼吸	<input type="checkbox"/> 気管支けいれん	<input type="checkbox"/> 多発性硬化症
	<input type="checkbox"/> 顔面神経麻痺	<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 知覚異常
	<input type="checkbox"/> ふどう膜炎	<input type="checkbox"/> 関節炎	<input type="checkbox"/> 蜂巣炎
	<input type="checkbox"/> 血管迷走神経反射（失神あり）	<input type="checkbox"/> 血管迷走神経反射（失神なし）	
上記以外の反応	<input type="checkbox"/> 無菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 腸重積症	<input type="checkbox"/> 症状名1を記入
	<input type="checkbox"/> 症状名3を記入	<input type="checkbox"/> 症状名4を記入	<input type="checkbox"/> 症状名2を記入
	<input type="checkbox"/> 症状名7を記入	<input type="checkbox"/> 症状名8を記入	<input type="checkbox"/> 症状名5を記入
		<input type="checkbox"/> 症状名9を記入	<input type="checkbox"/> 症状名6を記入
			<input type="checkbox"/> 症状名10を記入

\*\*\*\*\* (中略) \*\*\*\*\*

## 予防接種後ギラン・バレ症候群（GBS）調査票

### 1. 臨床症状

\*印は必須入力

臨床症状について認められるもの

両側性かつ弛緩性の上肢や下肢の筋力低下

発現日

年

月

日

筋力低下を来した上肢や下肢における深部腱反射の低下または消失

症状の極期における

0：正常

Functional grade\*

1：軽微な症状または微候、走ることはできる

2：支持なしで5m歩行可能

3：歩行器もしくは支持があれば5m歩行可能

4：臥床状態もしくは車椅子

5：人工呼吸器装着

6：死亡

### 2. 疾患の経過

\*印は必須入力

疾患の経過について\*

単相の疾患パターンを有し、筋力低下の発現から最悪の状態までの間隔が12時間から28日間であって、その後に臨床的安定期を迎えること

その他

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

### 3. 電気生理学的検査

\*印は必須入力

電気生理学的検査の実施（診断の根拠となった結果について入力してください）\*

検査あり  検査なし

検査日\*

年

月

日

GBSと一致する  GBSとは一致しない

運動神経伝道速度の低下  遠位潜時の延長  異常な時間的分散  伝導ブロック  M波振幅の低下

F波出現頻度の低下  F波潜時の延長

その他、GBSに合致する所見

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

#### 4. 髄液検査の実施

\*印は必須入力

髄液検査の実施（診断の根拠となった結果について入力してください）\*

検査あり  検査なし

検査日\* 年  月  日

蛋白細胞解離あり（すなわち、検査室正常値を超えるCSF蛋白質レベルの上昇および50細胞/ $\mu$ Lを下回るCSF総白血球数）

蛋白細胞解離なし

細胞数  / $\mu$ L

糖  mg/dl

蛋白  mg/dl

#### 5. 鑑別診断

\*印は必須入力

鑑別診断\* 他の疾患には該当しない(別表参照)  はい  いいえ

別表を表示

（  別表を表示 のチェックを入れると、下記のように一覧が表示されます）

## 5. 鑑別診断

\*印は必須入力

鑑別診断\* 他の疾患には該当しない(別表参照)  はい  いいえ

別表を表示

### 頭蓋内

がん性髄膜炎

脳幹脳炎

### 脊髄

梗塞、脊髄炎、圧迫

### 脊髄の前角細胞

ポリオおよび西ナイルウイルスを含む脊髄灰白質炎を生じるその他のウイルス

### 脊髄神経根

慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー

馬尾圧迫

### 末梢神経

高マグネシウム血症や低リン血症などの代謝障害

ヒ素、金、タリウムなどの重金属毒性

ダニ麻痺症

ポルフィリン症

血管炎

ジフテリア

薬物誘発性ニューロパチー (ピンクリスチン、プラチナ化合物、ニトロフラントイン、パクリタキセルなど)

重篤疾患ニューロパチー (Critical Illness Neuropathy)

### 神経筋接合部

重症筋無力症

有機リン中毒

ボツリヌス中毒

### 筋肉

重症疾患ミオパチー (Critical Illness Myopathy)

多発性筋炎

皮膚筋炎

低/高カリウム血症

## 6. 画像所見

\*印は必須入力

磁気共鳴画像診断(MRI)  検査あり  検査なし

撮像の実施 (診断の根拠となった結果について入力してください) \*

検査日\* 年  月  日

脊髄灰白質病変  馬尾の造影病変

その他

### 部位および所見

入力は200文字以内です (改行も文字数に含まれます) ?

## 7. 自己抗体の測定

\*印は必須入力

自己抗体の測定（診断の根拠となった結果について入力してください）\*

検査あり  検査なし

検査日\* 年 月 日

抗GM1抗体陽性

陽性  陰性  検査未実施

抗GQ1b抗体陽性

陽性  陰性  検査未実施

その他

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

## 8. 先行感染の有無(発症前4週以内)

\*印は必須入力

先行感染の有無\*  先行感染あり  先行感染なし

発症日\* 年 月 日

発熱  上気道炎  下痢

その他

入力は100文字以内です（改行も文字数に含まれます） ?

## ブライトン分類

ギラン・バレ症候群  
(GBS)の症例定義

報告者意見に進む

\*\*\*\*\* 最終的に、上記項目の入力内容に従って、ブライトン分類の自動判定結果が表示されます \*\*\*\*\*



## ブライトン分類

ギラン・バレ症候群  
(GBS)の症例定義

分類不能

報告者意見に進む

一時データ保存

一時データ読込

印刷用データ保存

大

中

小

## 予防接種後副反応疑い報告書

バージョン 4(2019年4月更新)

※報告書作成の際は、最新バージョンをご利用ください。 <https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

報告者

患者

ワクチン

接種の状況

症状

報告者意見

### 報告者意見

\*印は必須入力

報告者意見

入力は150文字以内です（改行も文字数に含まれます）

報告回数\*  第1報  第2報  第3報以後

入力がすべて終了したら [印刷用データ保存] ボタンを押してください

「操作マニュアル」の「4.5.3 副反応疑い報告書を印刷する場合」を参照して、PDFファイルを作成し内容をご確認してください。

PDFファイルを印刷し、2ページ分を（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）に FAX（0120-176-146）で送信してください

ありがとうございました

印刷用データ保存

最後に、報告者意見タブまで入力が完了したら、『印刷用データ保存』を行い、任意のフォルダ（アプリ内に用意している『データ保存フォルダ』を推奨）に保存します。

次に『2\_印刷用ファイル作成.jar』をダブルクリックし、保存したファイルを選択し、『開く』をクリックすると入力した内容が報告書様式に印字されてPDFとして出力ができます。保存先を選択して名前を付けて保存します。

