

## 予防接種予診票②(風しん対策事業) パンチ項目説明書

|                 |    |
|-----------------|----|
| パンチレイアウト(5期)    | P1 |
| パンチレイアウト(抗体検査)  | P2 |
| コードマスタ          | P3 |
| 風しん5期予診票レイアウト   | P4 |
| 風しん抗体検査予診票レイアウト | P5 |

## パンチレイアウト

|       |                                         |
|-------|-----------------------------------------|
| ファイル名 | 仕様書参照                                   |
| 形式    | SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション)) |
| 説明    | 当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。                    |

| 項目No. | 項目名         | 属性    | 説明                                                              | 例                      |
|-------|-------------|-------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1     | 発券番号        | 9(10) | 0詰めの10桁の数字を入力すること。                                              | 0123456789             |
| 2     | 接種日         | 9(7)  | 元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付                                         | (平成23年8月8日)<br>4230808 |
| 3     | ワクチンメーカー    | 9(2)  | ※別紙「コードマスタ」参照                                                   | (北里)<br>1              |
| 4     | ワクチンロット番号   | X(10) |                                                                 | M451366                |
| 5     | 接種量         | 9(4)  |                                                                 | 0.5                    |
| 6     | 請求年月        | 9(6)  | 保存箱に記載のある請求年月を西暦表記で入力すること。月が1桁の場合は、0埋めをすること。<br>西暦(4桁)+月(0埋め2桁) | (平成23年8月)<br>201108    |
| 7     | 実施医療機関      | N(50) | 実施医療機関名を入力すること。                                                 | 日本小児科医院                |
| 8     | 風しん単独ワクチン使用 | 9(1)  | 風しん単独のワクチンを使用している場合は1を入力する。それ以外の場合は空白とする。                       | 1                      |

※令和については、元号を「5」として入力を行うこと。

※西暦で記載されている場合は、和暦(元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付)に変換して入力すること。

## パンチレイアウト

|       |                                         |
|-------|-----------------------------------------|
| ファイル名 | 仕様書参照                                   |
| 形式    | SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション)) |
| 説明    | 当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。                    |

| 項目No. | 項目名    | 属性    | 説明                                                                                                                                                    | 例                      |
|-------|--------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1     | 発券番号   | 9(10) | 0詰めの10桁の数字を入力すること。                                                                                                                                    | 0123456789             |
| 2     | 検査日    | 9(7)  | 元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付                                                                                                                               | (平成23年8月8日)<br>4230808 |
| 3     | 判定結果   | 9(1)  | 1:接種対象(陰性) 2:接種対象外(陽性)                                                                                                                                | (定期接種 対象)<br>1         |
| 4     | 検査法    | 9(1)  | 1:赤血球凝集抑制法(HI法)<br>2:酵素免疫法(EIA法)<br>3:ラテックス免疫比濁法(LTI法)<br>4:蛍光酵素免疫法(ELFA法)<br>5:化学発光酵素免疫法(CLEIA法)<br>6:蛍光免疫測定法(FIA法)                                  | (酵素免疫法)<br>2           |
| 5     | 抗体価    | 9(10) | 下記の例のように数字部分だけを入力すること。<br>HI法 8倍未満=0、8倍=8、16倍=16、32倍=32<br>EIA法(デンカ生研) 8.0 = 8.0<br>EIA法(国際①) 30IU/mL=30<br>EIA法(国際②) 45IU/mL=45<br>ラテックス法 20IU/mL=20 | (32.0)<br>32.0         |
| 6     | 単位     | 9(1)  | 1:倍<br>2:EIA価<br>3:IU/mL<br>4:その他                                                                                                                     | (EIA価)<br>2            |
| 7     | その他の単位 | N(10) | その他の項目に記載された内容を入力すること。                                                                                                                                | (AI)<br>AI             |
| 8     | 検査番号   | 9(1)  | 1:検査番号1 2:検査番号2 3:検査番号3<br>4:検査番号4 5:検査番号5 6:検査番号6                                                                                                    | (検査番号 4)<br>4          |
| 9     | 実施医療機関 | N(50) | 実施医療機関名を入力すること。                                                                                                                                       | 日本小児科医院                |

※令和については、元号を「5」として入力を行うこと。

※西暦で記載されている場合は、和暦(元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付)に変換して入力すること。

# コードマスタ

## ■ ワクチンメーカー

| No. | 項目名称    | パンチコード |
|-----|---------|--------|
| 1   | 北里      | 1      |
| 2   | 武田薬品    | 2      |
| 3   | kmb     | 3      |
| 4   | 阪大微研    | 4      |
| 5   | デンカ生研   | 5      |
| 6   | 日本BCG製造 | 6      |
| 7   | ポリオ研    | 7      |
| 8   | MSD     | 8      |
| 9   | GSK     | 9      |
| 10  | SP      | 10     |
| 11  | ファイザー   | 11     |

## ■ 判定結果

| No. | 項目名称      | パンチコード |
|-----|-----------|--------|
| 1   | 接種対象(陰性)  | 1      |
| 2   | 接種対象外(陽性) | 2      |

## ■ 検査法

| No. | 項目名称              | パンチコード |
|-----|-------------------|--------|
| 1   | 赤血球凝集抑制法(HI法)     | 1      |
| 2   | 酵素免疫法(EIA法)       | 2      |
| 3   | ラテックス免疫比濁法(LTI法)  | 3      |
| 4   | 蛍光酵素免疫法(ELFA法)    | 4      |
| 5   | 化学発光酵素免疫法(CLEIA法) | 5      |
| 6   | 蛍光免疫測定法(FIA法)     | 6      |

## ■ 単位

| No. | 項目名称  | パンチコード |
|-----|-------|--------|
| 1   | 倍     | 1      |
| 2   | EIA価  | 2      |
| 3   | IU/mL | 3      |
| 4   | その他   | 4      |

## ■ 検査番号

| No. | 項目名称  | パンチコード |
|-----|-------|--------|
| 1   | 検査番号1 | 1      |
| 2   | 検査番号2 | 2      |
| 3   | 検査番号3 | 3      |
| 4   | 検査番号4 | 4      |
| 5   | 検査番号5 | 5      |
| 6   | 検査番号6 | 6      |

# 風しん5期レイアウト

## ■パンチ固定情報

| No. | 項目名  | パンチ内容  | 備考 |
|-----|------|--------|----|
| ⑥   | 請求年月 | 保存箱に記載 |    |

## ■予診票サンプル

**風しんの第5期の定期接種予診票**

※本票は必ずご記入ください。

|                      |            |           |          |
|----------------------|------------|-----------|----------|
| 住民票に記載されている住所<br>市町村 | 市町村<br>市町村 | 性別<br>男・女 | 年齢<br>年齢 |
| 氏名                   |            | 氏名        |          |
| 生年月日                 |            | 生年月日      |          |

1

| 質問事項                                                | 回答欄    | 医師記入欄 |
|-----------------------------------------------------|--------|-------|
| 現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。             | はい いいえ |       |
| 今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。                  | はい いいえ |       |
| 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 |       |
| 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 |       |
| その病気の治療には、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 |       |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。                                 | はい いいえ |       |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いてください。( )         | はい いいえ |       |
| 薬や食品で皮膚に発疹や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 |       |
| 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せんか。<br>症状( ) 予防接種の種類( ) | はい いいえ |       |
| 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 |       |
| 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 |       |
| 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。<br>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 |       |
| 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。<br>病名( )               | はい いいえ |       |
| 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

接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(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

風しんの第5期の定期接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 接種者自署

(※年齢が不明な場合は氏名で署名し、氏名が氏名及び年齢と記載されている場合は年齢を記載)

|                   |       |                |          |
|-------------------|-------|----------------|----------|
| ワクチンロット番号         | 接種量   | 実施場所・医師名・接種年月日 | 医療機関等コード |
| ワクチン名             |       | 実施場所           |          |
| ロットNo             | 0.5ml | 医師名            |          |
| (注)有効期限が切れていないか確認 |       | 接種年月日          |          |

2

# 風しん抗体検査レイアウト

## ■予診票サンプル

| 風しんの抗体検査受診票                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                         |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|----------------------|
| <small>※本票を記入してください。<br/>※本票受付期は、令和2年（2020）年4月2日から令和3年（2021）年4月1日までの間に生まれた乳幼児を対象に地方自治体単位が実施する風しん抗体検査時に記載された票です。</small>                                                                                                                                                                                                                         |              |                         |                      |
| 市町村<br>市 道 村<br>市 道 村                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 抗体検査券<br>1   | 検査券番号<br>011002         | 検査日<br>令和2年（2020）年3月 |
| 氏名<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 性別<br>男 ・ 女  | 生年月日<br>昭和 年 月 日生（満 歳）  |                      |
| 質問事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                         |                      |
| 現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | はい           | いいえ                     | 医師記入欄                |
| これまでに風しんにかかったことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | はい           | いいえ                     |                      |
| （「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | はい           | いいえ                     |                      |
| 風しんの抗体検査を平成26年（2014年）4月1日以降に受けましたか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | はい           | いいえ                     |                      |
| （「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | はい           | いいえ                     |                      |
| 生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                               | はい           | いいえ                     |                      |
| （「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。<br>予防接種の種類（はかに○）（風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン）                                                                                                                                                                                                                                                                       | はい           | いいえ                     |                      |
| 風しんの抗体検査の実施に関する同意書<br>下記に該当する場合、口印を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。<br><input type="checkbox"/> 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。                                                                                                                                                                                                             |              |                         |                      |
| 風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書（医師の診察の範囲、検査結果と判断された後に記入してください。）<br>この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。<br>（署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。）<br>年 月 日 被検査者自署<br>（※任意で記入しなくても検査を受けることができます。氏名や住所等の正確な記載をお願いします。）                                                                   |              |                         |                      |
| 医師記入欄<br>対象者の平成26年4月1日以前の風しんの抗体検査の結果は（あり ・ なし ・ 不明または記録なし）と確認した。<br>「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の（対象 ・ 非対象）と判断した。<br>対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（あり ・ なし ・ 不明または記録なし）と確認した。<br>「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。<br>1回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日）<br>2回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日）<br>以上の問診の結果、今回の抗体検査は（必要 ・ 不要）と判断した。 |              |                         |                      |
| 医師署名又は記名押印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                         |                      |
| 風しんの抗体検査の結果（※質問事項を参照）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |                         |                      |
| 検査方法<br>抗体価                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 単位<br>IU/mL  | 判定結果<br>風しんの第5期の定期接種 対象 | 実施場所<br>医療機関等コード     |
| 検査番号<br>1 2 3 4 5 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 検査日<br>年 月 日 | 医師記入欄                   |                      |
| 風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ<br>あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。<br>この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。                                                                                                                                                                                                                   |              |                         |                      |