

令和 8 年度愛知県広域予防接種事業への登録に関する調査について

1. 本調査は、令和 8 年 1 月 1 日現在で登録されている医療機関を対象としております。
2. 本事業への参加条件として、地区医師会と市町村が行う予防接種事業への登録が必要となりますのでご注意ください。
3. 調査票 1～3 は「愛知県広域予防接種事業に係る運営要領」に定める届出様式に代えて、令和 8 年度の登録情報を確認するための書類となります。
令和 8 年 1 月 1 日時点の登録情報を記載してありますので、現登録内容に誤りがないかご確認いただいたうえで、ご回答ください。なお、令和 8 年 4 月 1 日時点で変更がある場合は修正した調査票 2、3 も併せてご回答ください。

なお、令和 8 年 3 月までの登録情報については、通常どおり地区医師会を經由して届出を行ってください。また、新規で登録を希望される医療機関がある場合も、必ず地区医師会を經由して届出を行っていただきますようお願いいたします。
4. 令和 8 年 4 月より RS ウイルスに対する母子免疫ワクチンが、同年 10 月より高用量インフルエンザワクチンが、それぞれ定期予防接種に追加される予定です。実際の登録情報への反映は制度開始後となりますが、今回の調査では、これらのワクチンの登録についてもご意向を確認させていただきます。
また、HPV ワクチンのうち「サーバリックス (2 価)」「ガーダシル (4 価)」については、令和 8 年 4 月より除外される予定です。こちらについては正式に除外されましたら登録情報より削除させていただきます。
5. 回答方法は、WEB フォームと紙媒体の二通りの方法がございますが、調査を円滑に実施するため、原則として WEB フォームにてご回答をお願いします。
調査票は必ず指定の様式をご使用いただき、独自に作成された様式でのご提出はお控えください。

I. WEB フォームにてご回答いただく場合

「WEB フォームでの回答方法」の手順に沿って、令和8年2月9日（月）までにご回答をお願いします。

登録医師数が非常に多く、WEB フォームでの回答が困難な場合は、委託先の株式会社データセレクトまでお問い合わせください。

II. 紙媒体にてご回答いただく場合

別紙3「紙媒体での回答方法」の手順に沿って、同封の返信用封筒をご利用の上、令和8年2月9日（月）までに「株式会社データセレクト」宛にご回答をお願いします。

6. 登録内容に変更がない場合であっても、次年度の登録を希望される場合は、必ず本調査へのご回答が必要となります。

なお、期日までにご回答いただけない場合は、登録継続を希望されないものと扱わせていただき、令和8年4月1日時点の名簿に掲載されませんのでご注意ください。

期日までにご回答いただくことが難しい場合は、愛知県医師会医療業務部第2課までお問い合わせください。

7. ご提供いただきました情報は、本事業の運用にのみ利用させていただきます。

8. お問い合わせ先

(1) 書類の提出方法に関すること

株式会社データセレクト（令和8年度愛知県広域予防接種事業登録委託業者）

TEL：0120-471-927（受付時間）平日：10時～17時

(2) 広域予防接種事業に関すること

愛知県医師会医療業務部第2課

TEL：052-241-4139（受付時間）平日：9時～17時

WEB フォームでの回答方法

- ① 愛知県医師会ホームページのお知らせ欄へアクセスしていただき、WEB フォームの URL をクリックしてください。

愛知県医師会ホームページのお知らせ欄：<https://www.aichi.med.or.jp/info/article/>

2026年01月20日 [医社] [医師] [会員] **令和8年度愛知県広域予防接種事業への協力について**

※このお知らせは、令和8年1月1日時点で愛知県広域予防接種事業にご登録いただいている協力医療機関が対象です。

令和8年1月20日付（愛医発第2462号）で、令和8年度広域予防接種事業の登録に関する調査依頼文書を対象医療機関宛てにお送りしております。文書にてご案内しておりますとおり、WEBフォームよりご回答いただく場合は、下記URLへアクセスしていただきご回答をお願いいたします。

■WEBフォーム（ログインID・パスワードが必要です。）
URL：<https://ds4.rdy.jp/ishikai/login.php>

※紙媒体でご回答いただく場合は、送付した調査依頼文書の別添「令和8年度愛知県広域予防接種事業への登録に関する調査について」の「紙媒体での回答方法」をご確認のうえご回答ください。

※今回の調査は既にご登録いただいている医療機関を対象としておりますので、4月以降に新規で登録を希望される医療機関については、地区医師会を通して届出をお願いします。なお、定期予防接種で取り扱うワクチンの変更に伴い、令和8年度より届出様式が変更される予定です。

（担当：第2課 TEL：052-241-4139）

← クリック

- ② ログイン画面が表示されましたら、下記のID・パスワードを入力して「ログイン」ボタンをクリックしてください。

 **公益社団法人 愛知県医師会**
令和8年度 愛知県広域予防接種事業の登録について

ログインページ

IDとパスワードを入力してください。

ID	例) 12345	
パスワード	半角英数	表示

※IDは5桁の半角数字です。
※パスワードは大文字・小文字を区別します。

ログイン

【貴施設のID・パスワード】

ID :

パスワード :

- ③ ログインすると医療機関名が表示されますのでご確認ください。

- ④ 「医療機関の長、又は管理者名」「ご担当者 部署・氏名」「E-mail アドレス」を入力していただき、設問 1、2（調査票 1）の回答を入力後、「確認」ボタンをクリックしてください。
※令和8年1月1日時点の登録情報は調査依頼文書に同封した調査票 2、3 をご確認ください。

（番号）

（医療機関名）

（バーコード）

⑤ 確認画面で回答内容をご確認いただき、修正がない場合は以下のとおりボタンをクリックしてください。

- ・設問 1 で「登録しない」を選択した場合 → 「回答」ボタンをクリックして調査終了となります。
ご回答いただきありがとうございました。
- ・設問 2 で「登録情報に変更なし」を選択 → 「回答」ボタンをクリックして調査終了となります。
ご回答いただきありがとうございました。
- ・設問 2 で「登録情報に変更あり」を選択 → 「調査票 2 へ」ボタンをクリックして
⑥以降の手順に従って、変更事項をご回答ください。

⑥ 調査票 2 では、令和 8 年 1 月 1 日時点で登録されている「医療機関登録情報」が表示されます。「医療機関名」「所在地」「電話番号」について、令和 8 年 4 月 1 日時点で変更がある場合は、「変更あり」を選択（チェック☑）して、変更後の情報をそれぞれの枠内に入力のうえ「確認」ボタンをクリックしてください。

⑦ 確認画面で回答内容をご確認いただき、修正がない場合は、続いて調査票 3「接種協力医師情報」の変更の有無についてご回答ください。

- ・「接種協力医師情報」について、
令和 8 年 4 月 1 日時点で変更がある場合 → 「変更あり（調査票 3 へ進む）」ボタンをクリックして、⑧以降の手順に従って、変更事項をご回答下さい。
- ・「接種協力医師情報」について、
令和 8 年 4 月 1 日時点で変更がない場合 → 「変更なし（回答送信）」ボタンをクリックして調査終了となります。
ご回答いただきありがとうございました。

⑧ 調査票 3 では、令和 8 年 1 月 1 日時点で登録されている「接種協力医師情報」が表示されます。令和 8 年 4 月 1 日時点で「ワクチン変更」「氏名変更」「登録の削除」「追加登録」が生じる場合は、以下のとおりご回答ください。

1) 接種可能ワクチンを変更する場合	変更事由で「ワクチン変更」を選択（チェック☑）して、削除するワクチンはチェックを外して、追加するワクチンはチェックを付けてください。 実際の登録情報への反映は制度開始後となりますが、RS ウイルスに対する母子免疫ワクチン、高用量インフルエンザワクチンの登録についても、併せてご回答ください。
2) 改姓などで医師氏名を変更する場合	変更事由で「氏名変更」を選択（チェック☑）して、変更後の氏名を入力してください。なお、誤字がある場合は愛知県医師会医療業務部第 2 課（TEL：052-241-4139）へ直接ご連絡ください。

3) 医師の登録を削除する場合	変更事由で「登録の削除」(チェック☑)してください。
4) 医師を追加で登録する場合	「doctor 追加」ボタンをクリックして、追加登録する医師の氏名および接種可能ワクチンを入力してください。 なお、掲載順は変更できません。
5) 変更がない場合	入力は不要です

- ⑨ 「確認」ボタンをクリックすると、確認画面が表示されます。
回答内容をご確認いただき、修正がなければ「登録」ボタンをクリックしてください。
なお、回答内容は後からでもご確認いただくことはできますが、必要に応じて回答内容を印刷してください。
⇒以上で調査終了となります。ご回答いただきありがとうございました。

《 回答内容を確認・修正する場合 》

- ⑩ 再度ログイン後、画面が表示されますので、確認・修正する調査票をクリックしてください。

令和8年度 愛知県広域予防接種事業の登録について

メニュー画面

調査票1の情報を見る

調査票2の情報を見る

調査票3の情報を見る

終了

- ⑩ 調査票1から3の修正方法は、④～⑨をご確認ください。

操作についてのお問い合わせ先

株式会社データセレクト (令和8年度愛知県広域予防接種事業登録委託業者)

TEL : 0120-471-927 (受付時間) 平日 : 10時～17時

紙媒体での回答方法

① 調査票 1 について以下のとおりご回答ください。

1) 「医療機関（施設）名」「所在地」「電話番号」「医療機関の長又は管理者名」「記入担当者部署・氏名」「E-mail アドレス」をご記入のうえ、設問 1 へ進んでください。

※提出書類に不備がある場合は、上記ご担当者宛てに問い合わせをさせていただくことがございます。

2) 設問 1 では、令和 8 年度の愛知県広域予防接種事業への登録を継続されるか否かご回答ください。

・「登録する」を選択された場合 ⇒ 設問 2 へ進んでください。

・「登録しない」を選択された場合 ⇒ 以上で調査終了となります。…【A】

3) 設問 2 では、調査票 2、3 に記載されている「医療機関登録情報」「接種協力医師情報」（令和 8 年 1 月 1 日時点の情報）について、令和 8 年 4 月 1 日時点で変更が生じるか否かご回答ください。

・「変更あり」を選択された場合 ⇒ ②以降の手順に沿って調査票 2、3 を修正してください。…【B】

・「変更なし」を選択された場合 ⇒ 以上で調査終了となります。…【C】

② 調査票 2、3 について、変更が生じる場合は以下のとおり修正してください。

【調査票 2】

令和 8 年 1 月 1 日時点で登録されている「医療機関登録情報」が記載されています。

医療機関情報について、令和 8 年 4 月 1 日時点で変更が生じる場合は、「変更後の医療機関所在地」「医療機関名」「電話番号」を入力してください。

変更がない場合は記入不要です。

【調査票 3】

令和 8 年 1 月 1 日時点で登録されている「接種協力医師情報」が記載されています。

協力医師について、令和 8 年 4 月 1 日時点で「接種可能ワクチン変更」「氏名変更」「登録削除」「登録追加」が生じる場合は、該当する変更事由に「○」を付けたうえで修正してください。

具体的な修正方法は、以下のとおりです。

1. 接種可能ワクチンを 変更する場合	変更事由の「接種可能ワクチン変更」に「○」を付け、削除するワクチンは赤字で「×」、追加するワクチンは赤字で「○」を付けてください。 実際の登録情報への反映は制度開始後となりますが、RS ウイルスに対する母子免疫ワクチン、高用量インフルエンザワクチンの登録についても、併せてご回答ください。
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. 改姓などで医師氏名を変更する場合	変更事由の「氏名変更」に「○」を付け、赤字で修正してください。なお、誤字がある場合は愛知県医師会医療業務部第2課（TEL：052-241-4139）へ直接ご連絡ください。
3. 医師の登録を削除する場合	変更事由の「登録削除」に「○」を付けてください。
4. 医師を追加で登録する場合	名簿の続きから入力してください。変更事由の「登録追加」に「○」を付けたうえで、追加する医師の氏名および接種可能ワクチンを記入してください。なお、医師には登録番号を付けておりますので、掲載順は絶対に変更しないでください。
5. 変更がない場合	記入は不要です。

- ③ 全ての回答が終わりましたら調査票を同封の返信用封筒に入れていただき、下記までご提出ください。なお、回答内容によってご提出いただく調査票が異なりますので、提出前に下記の一覧にてご確認ください。

《書類の提出先》

提出先：株式会社データセレクト（令和8年度愛知県広域予防接種事業登録委託業者）
〒470-1141 愛知県豊明市阿野町昭和5-1

《提出書類一覧》

	【A】	【B】	【C】
パターン	令和8年度の登録を <u>辞退</u> する場合	令和8年度も登録を継続する場合で、現登録内容に変更あり	令和8年度も登録を継続する場合で、現登録内容に変更なし
調査票1	○	○	○
調査票2	×	○	×
調査票3	×	○	×

【調査票1】

記入日: 令和8年 月 日

令和8年度 愛知県広域予防接種事業の登録について

医療機関名 : 医療法人〇〇 〇〇〇〇

所在地 : 名古屋市〇〇区〇〇1-1-1

電話番号 : 052-111-1111

氏名のご記入をお願いします。

本件についてご担当の方の氏名、
E-mailアドレスをご記入ください。
(記載内容について問い合わせをさ
せていただく際にご連絡差し上げま
す。)

医療機関の長
又は管理者名 :記入担当者
部署・氏名 :

E-mailアドレス :

本調査票は「愛知県広域予防接種事業に係る運営要領」に定める届出様式に代えて、
令和8年度の登録情報を確認するための書類となります。

設問1. 令和8年度の愛知県広域予防接種事業への登録継続についてご回答ください。

登録する

↓
設問2へ

登録しない

以上で調査は終了となります。
調査票1(本用紙)のみ
同封の返信用封筒にてご送付ください。
令和8年度については登録されません。

設問2. 調査票2「医療機関登録情報」、調査票3「接種協力医師情報」に記載されて
いる情報は、令和8年1月1日時点の登録情報です。
内容をご確認いただき、令和8年4月1日時点で変更が生じるか否かご回答く
ださい。

登録情報に変更あり



登録情報に変更なし

以上で調査は終了となります。
調査票1(本用紙)のみ
同封の返信用封筒にてご送付ください。
令和8年度については今回ご確認いた
だいた内容で登録させていただきます。

調査票2「医療機関登録情報」、調査票3「接種協力医師情報」を修正の上、
調査票1～3全てを同封の返信用封筒にてご送付ください。

(番号)

(医療機関名)

(バーコード)

SAMPLE

【調査票2】

医療機関登録情報

下記情報について令和8年4月1日時点で変更がある場合のみ修正記載欄に変更後の情報をご記入ください。

医療機関名	医療法人〇〇 〇〇〇〇
修正記載欄	

医療機関所在地	名古屋市〇〇区〇〇1-1-1
修正記載欄	

医療機関電話番号	052-111-1111
修正記載欄	

(番号)

(医療機関名)

(バーコード)

