

令和6年11月19日

## 仕様書

案件番号

154

納入期限	質疑書提出期限 ※持参又はFAXに限ります	同等品選定期限	見積書提出期限	地域要件
令和7年2月14日	令和6年11月21日 正午		令和6年11月26日 午後4時	市内業者

## 案件名 予防接種予診票冊子の印刷

納入場所 健康管理課

番号	品名	仕様	数量	単位
1	予防接種予診票冊子	別紙印刷製本仕様明細書のとおり	1,000	冊
2				
3				
4				
5				

## (特記事項)

※見本は健康管理課にて貸出可能です。  
 ※本件は、所沢市競争入札参加資格者名簿に記載されている者で、且つ「印刷」の業種を希望業種として登録している者のみ見積書の提出が可能です。なお、印刷製本の請負については、自社設備での印刷を原則としています。  
**※本件は郵送での見積書提出が可能です。見積書提出期限までに必ず契約課に届くよう、時間に余裕をもって郵送するようお願いいたします。**  
**なお、郵便事情による配達遅延等で提出期限までに届かず、提出期限日までに契約課で受理できなかった見積書は無効となりますので、郵送にあたってはご注意ください。**

発注課	担当者	電話	FAX
健康管理課	野澤	04-2991-1811	04-2995-1178



## 予防接種予診票冊子の印刷 別紙仕様書

- ・ 上綴じ・裏表紙は折り返し下敷き（白色）
- ・ 表紙の表面はカラー、裏面は白黒で印字  
【仕様】用紙：上質90kg 刷り色：4c/1c
- ・ 表紙デザインは別紙のとおり
- ・ 製本イメージは見本参照のこと（見本は健康管理課にて貸出可）

### 《予診票について》

- ・ 複写用紙（2枚）を1部とし、下側糊付  
【仕様】用紙：N(40)W・N(50)W 青発色  
刷り色：1枚目2c/0 2枚目1c/0 減感なし  
※ロタウイルス予診票のみ 1枚目3c/0 2枚目1c/0
- ・ 1部ずつ切り離せるよう、上側に切り取り線または天糊  
※切り取り線がわかりやすくなるよう、「---きりとり---」等追加できるか別途相談
- ・ 複写1枚目と2枚目の印刷内容は概ね同じだが、違いは以下2点  
（1）1枚目は右下に「①所沢市保管」、2枚目は右下に「②医療機関保管」を記載  
（2）1枚目の色は予防接種ごとに指定した色・枠とし、2枚目は白地
- ・ 以下の予診票を順番に製本する（見本は健康管理課にて貸出可）

予診票タイトル	色・枠 ※すべてA4	部数
B型肝炎予診票	上部のみネズミ色	3
ロタウイルス予診票	上部下部 翡翠・左右薄紫	2
小児用肺炎球菌予診票	上部のみ青色 ※従来と色が異なります。	4
五種混合予診票	薄紅色囲み	4
B C G 予診票	全面水色	1
麻しん風しん第1期予診票	全面白茶色	1
水痘予診票	上部のみ赤色	2
日本脳炎第1期予診票	全面藤色	3
麻しん風しん第2期予診票	上部のみ白茶色	1

計21部

※印刷内容、色・枠、サイズは従来の予診票と概ね同様

※すべての予診票において、住所欄に「住民票上の」を追加（別紙予診票見本のとおり）

※小児用肺炎球菌については、接種量欄を五種混合と同様にする（別紙予診票見本のとおり）

# 所沢市 子どもの予防接種Diary ダイアリー

この冊子は所沢市民の方専用の予防接種予診票です。

小学校入学前まで使用しますので、大切に保管してください。

※予診票は複写用紙です。この冊子の最終ページが折り返せる下敷きになっていますので、予診票を記入する際は間に挟んでご使用ください。

接種の際は、1部ごと（複写用紙2枚。下部が糊付けされています。）に上部の切り取り線に沿って切り離してから、医療機関へお持ちください。

予防接種名（予診票の色）	部数	予防接種名（予診票の色）	部数
B型肝炎（上部灰色）	3	麻疹風しん第1期（クリーム色）	1
ロタウイルス（上下緑色、左右紫色）	2※	水痘（上部赤色）	2
小児用肺炎球菌（上部青色）	4	日本脳炎第1期（薄紫色）	3
五種混合（薄紅色囲み）	4	麻疹風しん第2期（上部クリーム色）	2
BCG（水色）	1		

※ロタテックを接種される方は、2回目を接種をした医療機関から、3回目分の予診票をお受け取り下さい。

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

予防接種番号 \_\_\_\_\_

（別紙「予防接種番号について」をお持ちの方は、番号を転記しておくとお便利です。）



## お子さんの予防接種の計画を立ててみましょう



※「健康ガイドとこざわ」または同封の「初めての予防接種のお知らせ」に記載の定期予防接種スケジュールを参考にしてください。

予防接種の種類		接種予定日	接種日
B型肝炎	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
	3回目	年 月 日	年 月 日
ロタウイルス	ロタリックス (1価)	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
	ロタテック (5価)	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
		3回目	年 月 日
小児用肺炎球菌	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
	3回目	年 月 日	年 月 日
	4回目	年 月 日	年 月 日
五種混合	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
	3回目	年 月 日	年 月 日
	4回目	年 月 日	年 月 日
BCG		年 月 日	年 月 日
麻しん風しん混合第1期		年 月 日	年 月 日
水痘	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
日本脳炎第1期	1回目	年 月 日	年 月 日
	2回目	年 月 日	年 月 日
	3回目	年 月 日	年 月 日
麻しん風しん混合第2期		年 月 日	年 月 日

※黒のボールペンで太線内を記入してください。 **記入例**  1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 よ ほ \* う せ っ し ゅ  
 予防接種番号は通知に記載の数字を記入してください。(記載がないなど分からない場合、予防接種番号は未記入)

予防接種番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	住民票上の住所	所沢市
受ける人の氏名											電話番号	— —
受ける人のふりがな ※	かな姓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月日(西暦)	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
※拗音、濁点も1枠に記入	かな名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年齢	満 歳 ヵ月 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者の氏名											診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
今回受ける五種混合予防接種は何回目ですか ※五種：ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ、ヒブの五種類のワクチンです	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
<1回目>20 年 月 日 <2回目>20 年 月 日 <3回目>20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
今までに生ポリオ又は不活化ポリオ予防接種を受けたことがありますか	あ る	な い	
今までにヒブワクチン、三種混合、四種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ ※三種は不活化ポリオを除く)のうちいずれかの予防接種を受けたことがありますか	あ る	な い	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時、出生後、又は乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ っ た	な かつ た	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	は い	い い え	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	は い	い い え	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名( )	は い	い い え	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 接種日( ) 種類( )	は い	い い え	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( )	は い	い い え	
(はいの人) 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いわれましたか	は い	い い え	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	は い	い い え	
(はいの人) そのとき熱が出ましたか	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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	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がありますか 種類( ) 症状( )	あ る	な い	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 症状( )	は い	い い え	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は <input type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 見合わせた方がよい と判断します。 保護者に対して、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、説明をしました。 <b>医師署名又は記名押印</b>
-------	--

記入保護欄者	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに( <b>同意します</b> ・ <b>同意しません</b> )。※( )内のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が所沢市に提出されることに同意します。 <b>保護者自署</b> <b>接種当日に所沢市に住民票がない場合は、原則公費で接種できません。</b>
--------	--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	いずれかに○	実施場所
Lot No.	(皮下接種) 0.5ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	(筋肉内接種) 0.5ml	接種年月日(西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヵ月以内に受けた人は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※黒のボールペンで太線内を記入してください。 **記入例**  1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 よ ほ \* う せ っ し ゅ  
 予防接種番号は通知に記載の数字を記入してください。(記載がないなど分からない場合、予防接種番号は未記入)

予防接種番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	住民票上の住所	所沢市
受ける人の氏名											電話番号	— —
受ける人のふりがな ※ ※拗音、濁点も1枠に記入	かな姓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	生年月日(西暦)	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	かな名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年齢	満 歳 ヵ月 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者の氏名											診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
今回受ける五種混合予防接種は何回目ですか ※五種：ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ、ヒブの五種類のワクチンです	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
<1回目>20 年 月 日 <2回目>20 年 月 日 <3回目>20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
今までに生ポリオ又は不活化ポリオ予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
今までにヒブワクチン、三種混合、四種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ ※三種は不活化ポリオを除く)のうちいずれかの予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時、出生後、又は乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 接種日( ) 種類( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(はいの人) 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いわれましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(はいの人) そのとき熱が出ましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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がありますか 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 症状( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は <input type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 見合わせた方がよい と判断します。 保護者に対して、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、説明をしました。 <b>医師署名又は記名押印</b>
-------	--

記入保護欄者	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに( <b>同意します</b> ・ <b>同意しません</b> )。※( )内のどちらかを○で囲んでください。 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、本予診票が所沢市に提出されることに同意します。 <b>保護者自署</b> <b>接種当日に所沢市に住民票がない場合は、原則公費で接種できません。</b>
--------	--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	いずれかに○	実施場所
Lot No.	(皮下接種) 0.5ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	(筋肉内接種) 0.5ml	接種年月日(西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヵ月以内に受けた人は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。