

令和 7 年 12 月 17 日

加賀市長
(担当 総務部管財課)

見積依頼書

下記のとおり見積徴収を行いますので、見積書を提出されるようお願いします。

物件名等	母子保健のしおり
見積提出期限	令和 7 年 12 月 18 日 午前 11 時 30 分
及び場所	加賀市役所 総務部 管財課
見積書宛名	加賀市長
納入期限	令和 8 年 3 月 12 日
納入場所	子育て応援ステーション
落札方法	総価落札
注意事項	<p>1 指定日時までに提出されない場合は、見積をご辞退されたものと解釈させていただきます。</p> <p>2 会社にあっては社印、代表者印を、個人についても記名捺印をお願いいたします。</p>

同番号 第 0000334 号

品 目 明 細

年 度 令和 7 年度

件 名 母子保健のしおり

同 番 号 0000334

1 / 1

No.	品 名	印刷製本 (単位: 冊)	分類番号	002-005-000
1	規 格	しおり冊子 : B6無線綴じ 49ページ		
	数 量	310 冊		
No.	品 名	印刷製本 (単位: 枚)	分類番号	002-002-000
2	規 格	乳児健診2回目受診票 B6		
	数 量	30 枚		
No.	品 名	印刷製本 (単位: 枚)	分類番号	002-002-000
3	規 格	妊娠・出産・子育てライフプラン A6 (2枚複写)		
	数 量	250 枚		
No.	品 名		分類番号	
4	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
5	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
6	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
7	規 格			
	数 量			

印 刷 仕 様 書

市民健康部 子育て応援ステーション

件 名	母子保健のしおり		
紙 質	別添（見本）のとおり 現物見本は管財課にあります		
印 刷	モノクロ		
規 格	① しおり冊子：B6 無線綴じ 49 ページ（見本のとおり） ② 乳児健診 2 回目受診票：B6 ③ 妊娠・出産・子育てライフプラン：A6（2 枚複写）		
形 状	見本のとおり		
数 量	①しおり冊子：310 冊 ②乳児健診 2 回目受診票：30 枚 ③妊娠・出産・子育てライフプラン： 250 枚	校 正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 否
納入期限	令和 8 年 3 月 12 日	納入場所	加賀市市民健康部 子育て応援ステーション (かが交流プラザさくら 1 階)
その他連絡事項 （校正担当課・グループ名 子育て応援ステーション 母子保健 G 担当者 高田）			
<p>※校正データはいずれも PDF ファイルとし、USB またはメールで受け渡しを行います。</p> <p>※校正データにおいて、修正箇所は発注側が朱書きで明示します。</p> <p>【①しおり冊子について】</p> <p>※受注側でレイアウト等デザイン案があれば、その際提示すること。</p> <p>※イラスト等は受注側で用意すること。</p> <p>※各受診票、各申請書および B 型肝炎実施表には切り取りやすいミシン目を入れること。</p> <p>【①しおり冊子、②乳児健診 2 回目受診票、③妊娠・出産・子育てライフプランについて】</p> <p>※PDF ファイル及び加工可能な JPEG ファイルを併せて納品すること。また①しおり冊子については納品するデータは 1 ページに対し单一のデータとして総ページ分のデータを納品するか、ページ順に連結した单一のデータで納品するかいずれかの方法で行うこと。</p> <p>※2 枚複写の上部分は、のりづけしてはがれないようにすること。</p> <p>※作業前に必ず担当に連絡し、スケジュール等について打ち合わせをすること。</p> <p>※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。</p> <p>※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入り納品書に受領者印をもらって管財課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。</p> <p>※納入期限は厳守してください。</p>			

①見本

令和7年度版



母子保健のしおり

妊婦・産婦・乳児の健康診査受診票



※加賀市外に転出した方は、このしおりに綴られている健康診査受診票は使用できません。
転出先の市町でご相談してください。

交付年月日	年 月 日	交付番号	2025-012
母の氏名	ふりがな		
子の氏名	ふりがな		

②見本

発行市町名	加賀市		交付番号				一			
市町番号	170050		医療機関コード							
(18) 乳児一般健康診査受診票(2回目) 生後9ヶ月~1歳1か月未満までに受診しましょう 加賀市外へ転出した方は、この受診票は使用できません。必ず転入先市町村で受診票の交付を受けてください。 太枠内は保護者が記入して医療機関に提示し、受診してください。										
乳児氏名	ふりがな		男・女	年	月	日				
住 所	〒922- 加賀市			TEL	()	第()子				
保護者氏名			離乳の開始	1なし	2あり	1日				
妊娠経過 新生児の異常	在胎期間 ()週 出生児体重 ()グラム 出産・新生児の異常 1無 2有 ()									
発達や育児の 状況について	はい/いいをする 1できない 2後ろにさがる 3できる つかまり立ちをする 1できない 2ややできる 3できる 人見知りをする 1しない 2ややすむ 3する 育児について心配や困っていることがある 1はい () 2いいえ 子どもの寝眠時間や食事時間は決まっている 1はい () 2いいえ 子どもの寝る時間 午後 () 時頃 0決まっていない									
検査年月日	年	月	日	(生後)	か月	11)				
身体測定	体重	kg	身長	cm	胸囲	cm	頭囲	cm		
診察所見	A 身体面の問題 0なし 1あり (疑い含む) 下記の該当項目にチェックし、病名、問題等について補足事項があれば()内に記入してください。 身体的発育上の所見 消化器系 骨・関節系 <input type="checkbox"/> 1体重増加不良 <input type="checkbox"/> 8そけいヘルニア <input type="checkbox"/> 17股関節閉鎖異常 <input type="checkbox"/> 2その他 <input type="checkbox"/> 9その他 <input type="checkbox"/> 18その他 皮膚 <input type="checkbox"/> 3湿疹 <input type="checkbox"/> 10視力障害 <input type="checkbox"/> 19筋緊張異常 <input type="checkbox"/> 4その他 <input type="checkbox"/> 11斜視 <input type="checkbox"/> 20その他 循環器系 <input type="checkbox"/> 5心雜音 <input type="checkbox"/> 12その他 <input type="checkbox"/> 21代謝・内分泌 <input type="checkbox"/> 6その他 <input type="checkbox"/> 13聴力障害 <input type="checkbox"/> 22貧血 <input type="checkbox"/> 7呼吸器系 <input type="checkbox"/> 14その他 <input type="checkbox"/> 23その他 <input type="checkbox"/> 15停留精巢 <input type="checkbox"/> 16その他 <input type="checkbox"/> 24その他 补足事項 ()									
	尿 検 査	蛋白 ()	±	+以上	糖 ()	±	+以上	潜血 ()	±	+以上
	精神運動発達 育児面	B 精神運動発達の問題 0なし 1あり () C 育児上の問題 0なし 1あり ()								
	判 定	1 異常なし 2 異常あり → 3 要経過観察 4 要精密検査 5 治療中 理由 ()								
	市 町 へ の 連 絡 事 項	1. 市町保健師等の保健指導の必要性 1無 2有 (理由) 2. その他								
	上記の検査を実施したので通知します。 年 月 日 医療機関の名称 医療機関の住所 担 当 医 師									
	* 本票は保護者が記入し医療機関に提示し、受診してください。 * この受診票は石川県内に所在地がある医療機関に対してのみ有効です。									
		金額	円							

乳
(2)

～妊娠中から、出産・育児を安心して過ごせるように一緒に考えましょう～

③見本

様の妊娠・出産・子育てサポートプラン

【出産予定日： 年 月 日】 【出産予定機関： 】

今後の 予定	【妊娠期】 【出産～子育て期】	【仕事】 <input type="checkbox"/> あり（休業／退職） <input type="checkbox"/> なし
		【里帰り出産】 <input type="checkbox"/> あり（里帰り期間： ）
		【入園予定】 <input type="checkbox"/> あり（ 年 か月頃） <input type="checkbox"/> なし

	妊娠期	出産～子育て期
気になること 希望すること		
ご自身で できること		
ご家族が できること		
今後利用する サポート・事業	◇子育て応援ギフト面接（ 月頃） ◇電話 ◇訪問：保健師・助産師	◇電話 ◇訪問：保健師・助産師
関係機関による サポート・事業		

妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援のため、関係機関とサポートプランの内容を共有することについて同意します。

年 月 日 (本人署名)

～困りごとや気になることがあれば、ご連絡ください。（月～金(年末年始、祝日除く)8:30～17:15）～
連絡先：加賀市こども家庭センター 子育て応援ステーション

母子保健グループ ☎0761-72-7866 (地区担当：)