

令和 8 年 1 月 23 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	成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票及び窓あき封筒
見積提出期限	令和 8 年 1 月 26 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 2 日
納入場所	健康課
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 0000389 号

品 目 明 細

年 度 令和 7 年度

件 名 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票及び窓あき封筒

同 番 号 0000389

1 / 1

No.	品 名	印刷製本 (単位: 枚)	分類番号	002-002-000
1	規 格	成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票		
	数 量	1,000 枚		
No.	品 名	印刷製本 (単位: 枚)	分類番号	002-002-000
2	規 格	窓あき封筒		
	数 量	1,000 枚		
No.	品 名		分類番号	
3	規 格			
	数 量			
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 健康課

件 名	成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票及び窓あき封筒		
紙 質	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 見本のとおり (サイズ A3 297mm×420mm 上質 70kg バージンパルプ用紙) 2. 窓あき封筒 見本のとおり (サイズ:215mm×105mm 再生紙使用、カラークラフト 70g/m ²)		
	現物見本は管財課にあります		
印 刷	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 見本参照 (表3色刷(黒、赤、紫色)、裏1色刷(黒色)、ミシン加工有り(2ヶ所)、2穴あり。) 2. 窓あき封筒 見本参照 (表1色刷、内側透過防止印刷不要)		
規 格	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 3色刷り(黒・赤・紫色) 公印印影は赤色 2. 窓あき封筒 表1色刷(黒)、封緘用糊付け要		
形 状	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 見本参照 2. 窓あき封筒 見本参照		
数 量	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 1,000 枚 2. 窓あき封筒 1,000 枚	校 正	要 否
納入期限	令和 8 年 3 月 2 日 (月)	納入場所	健康課 (かが交流プラザさくら 1F)
その他連絡事項	(校正担当課・グループ名: 健康課 担当者: 新谷) (TEL72-7865)		
	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 ・見本を参照して、A3 サイズ、ミシン目、綴り用パンチ有り、 3 色刷り(赤・黒・紫色) でお願いします。 ・公印印影は見本のものを 12mm に縮小し、赤色で印刷をお願いします。 2. 窓あき封筒 ・見本(形状: ピンク色の封筒、紙質・紙色・印刷: 青色の封筒)を参照して、 1 色刷り(黒) でお願いします。 ・封緘用糊付けは要です。		
	※窓あき封筒の場合、窓の部分は「グラシン紙」または「植物を原料とするプラスチック」を使用すること。 ※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。 ※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)。 ※納入期限は厳守してください。		

成人用肺炎球菌予防接種券兼予診票

(この用紙は接種券を兼ねています)



加賀市長

接種期間

太枠内を記入してください。

成人用肺炎球菌予防接種のお知らせ

加賀市健康課

お問い合わせ TEL 76-5670(予防接種担当直通)

肺炎球菌感染症予防のため成人用肺炎球菌予防接種を希望される人は、以下及び裏面の説明をご覧の上、必ず接種協力医療機関に予約をして接種してください。

1. 肺炎球菌性肺炎とは

肺炎球菌性肺炎は、成人肺炎の25~40%を占め、特に高齢者は重篤化しやすいと言われています。
肺炎球菌ワクチンは、肺炎のすべてを予防するワクチンではありませんが、接種することによって重症化防止などの効果が期待されます。

2. 対象者

以下のいずれかに該当する人で、接種を希望する人。
※既に肺炎球菌ワクチン(ポリサッカライド)の接種を受けたことがある人は対象外となります。
①現在65歳の加賀市民の人
②60歳以上65歳未満の加賀市民の人であって、心臓、腎臓、呼吸器の機能の障がいやヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能などの内部障がいを有する人(身体障害者手帳1級程度)
※市で接種歴が確認できていない人にこの接種券をお送りしています。

3. 接種方法

協力医療機関(裏面をご覧ください。)

4. 接種期間

(この期間以外に接種された場合、全額自己負担となりますのでご注意ください。)
※協力医療機関により接種できる日が異なりますので、予約時にご確認ください。

5. 負担額

2,200円 3,100円

※(生活保護を受給している人は、接種前に費用免除申請をすることで負担額が免除されます。
健康課、相談支援課生活支援グループ、行政サービスセンターで手続きをしてください。)

6. 持ち物

接種券兼予診票(本用紙) ※予診票の質問事項をあらかじめ記入して切りとらずに
ご持参ください。

健康保険証(マイナンバーカード) ※マイナンバーカードを健康保険証として登録していない人は
健康保険資格確認書

【注意】転出した場合、この接種券兼予診票は使用できません。

薄い黄色の網掛け、赤枠を追加

成人用肺炎球菌予防接種済証

住 所

接種歴を示すもので大切に保管ください。

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

ワクチン名・ロット番号

接種機関名

医師名

氏 名

生年月日

加賀市長

(本人用)

このまま切りとらずにお持ちください 削除

住 所	診察前の体温		度 分
氏 名	男・女	生年 月 日	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 棚	医師記入欄
肺炎球菌ワクチン(ポリサッカライド)の予防接種を受けたことがありますか。 (「はい」の人は定期予防接種の対象外となります。)	はい いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について、左記成人用肺炎球菌予防接種のお知らせを全て読みましたか。	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) 治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ はい いいえ	
その病気の主治医には、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	
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、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ	
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、体の具合が悪くなつたことがありますか?	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か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。 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か月以内に熱が出たり、病気にかかつたりしましたか。 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	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(フルネーム)またはゴム氏名印に捺印 _____		
-----------------	---	--	--

ワクチンロット番号 Lot No.	皮下注射・筋肉内注射 接種部位の別 皮下注射・筋肉内注射 接種部位 右・左 中央に	接種量 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
----------------------	--	-----------	---

成人用肺炎球菌予防接種希望書

(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。

(○をつけてください) (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、本予診票が加賀市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者署名(必ず記入してください) 署名者続柄(○をつける)	医療機関関係者は代筆できません
本人 その他(右欄をご記入ください)	代筆者署名 続柄

◆対象者◆

以下のいずれかに該当する人で、接種を希望する人。

※既に肺炎球菌ワクチン（~~ポリサックライド~~）の接種を受けたことがある人は
対象外となります。
~~削除~~

① 加賀市民で65歳の方

※65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日までの間に接種できます。

② 加賀市民で60歳以上65歳未満の人であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又は
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいを有する人（身体障害者手帳1級相当）

※加賀市で接種歴が確認できていない人に、この接種券をお送りしています。

医療機関名	電話番号	医療機関名	電話番号	医療機関名	電話番号
石川病院	74-0700	河村医院	74-1219	のざきクリニック	72-7002
いしごろクリニック	73-0012	久藤総合病院	73-3312	箱宮クリニック	75-8881
板谷医院	77-2300	近藤医院	74-1231	橋本医院	72-1150
動橋診療所	74-1574	塩浜医院	73-3515	林内科医院	73-1110
上田医					-3355
うわだな小児科					-0110
岡部内科					-7070
加賀ぐっすりクリ					-1300
加賀市医療センター	72-1188	竹下耳鼻咽喉科医院	72-2300	山中温泉ぬくもり診療所	78-0301
加賀たちばな元気クリニック	72-8159	竹谷小児科医院	73-6800	吉田医院	78-0045
上出内科クリニック	74-1607	ちょくし町クリニック	77-7827		
刈谷医院	77-6116	ながたクリニック	77-7373		

・上記協力医療機関以外での接種を希望される場合は、事前に加賀市健康課までお問い合わせください。

成人用肺炎球菌予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、腫れたり、痛んだりすることがあります。また、わずかながら熱が出たり、寒気がしたり、全身のだるさがみられることがあります、いずれも通常2~3日のうちに治ります。

予防接種健康被害救済制度

予防接種では健康被害（病気になったり障がいが残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

成人用肺炎球菌予防接種によって健康被害が生じた場合にも予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要となる手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

予防接種を受けた跡の一般的注意事項

- 1) 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。
- 3) 入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすることはやめましょう。
- 4) 接種当日は、いつも通りの生活をしてもかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

わからないことがありましたら、加賀市健康課までお問い合わせください。

[所在地] 加賀市大聖寺八間道65 かが交流プラザさくら1F [電話] 76-5670（予防接種担当）

【表面】

薄い黄色、赤枠追加

<p>紙端から 115mm 以上を空白に</p> <p>紙端から 60mm 以上を空白に</p> <p>成人用肺炎球菌予防接種のお知らせ</p> <p>「(ポリサッカライド)」を削除</p> <p>加賀市健康課 お問い合わせ TEL 76-5670(予防接種担当直通)</p> <p>肺炎球菌感染症予防のため成人用肺炎球菌予防接種を希望される人は、以下及び裏面の説明をご覧の上、必ず接種協力医療機関に予約をして接種してください。</p> <p>1. 肺炎球菌性肺炎とは 肺炎球菌性肺炎は、成人肺炎の25~40%を占め、特に高齢者は重篤化しやすいと言われています。 肺炎球菌ワクチンは、肺炎のすべてを予防するワクチンではありませんが、接種することによって重篤化防止などの効果が期待されます。</p> <p>2. 対象者 以下のいずれかに該当する人で、接種を希望する人。 ※既に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある人は対象外となります。 ①現在 65 歳の加賀市民の人 ②60 歳以上 65 歳未満の加賀市民の人であって、心臓、腎臓、呼吸器の機能障がいやヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能などの内部障がいを有する人（身体障害者手帳 1 級程度） ※市で接種歴が確認できていない人にこの接種券をお送りしています。</p> <p>3. 接種方法 協力医療機関（裏面をご覧ください。）</p> <p>4. 接種期間</p> <p>5. 負担額 3,100円</p> <p>※（生活保護を受給している人は、接種前に費用免除申請をすることで負担額が免除されます。 健康課、相談支援課生活支援グループ、行政サービスセンターで手続きをしてください。）</p> <p>6. 持ち物 接種券兼予診票(本用紙) ※ 予診票の質問事項をあらかじめ記入して切りとらずにご持参ください。 マイナ保険証(マイナンバーカード) ※ マイナンバーカードを健康保険証として登録していない人は健康保険資格確認書</p> <p>【注意】 転出した場合、この接種券兼予診票は使用できません。</p> <p>成人用肺炎球菌予防接種済証 接種歴を示すもので大切に保管ください。</p> <p>住 所 予防接種を行った年月日 令和 年 月 日 ワクチン名・ロット番号 接種機関名 医師名 氏 名 生年月日</p> <p>加賀市長 (本人用)</p>	<p>印刷は見やすくバランスを取ってください。</p> <p>成人用肺炎球菌予防接種券兼予診票 (この用紙は接種券を兼ねています)</p> <p>接種期間</p> <p>太枠内を記入してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>住 所</td> <td>診察前の体温</td> <td>度 分</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td>男・女 生年月日</td> <td>(満)歳</td> </tr> </table> <p>質問事項</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 (「はい」の人は定期予防接種の対象外となります。)</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について、左記成人用肺炎球菌予防接種のお知らせを全て読みましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>現在、何か病気にかかっていますか。(病名)</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>治療(投薬など)を受けていますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>免疫不全と診断されたことがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>今日、体に具合の悪いところがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>具合の悪い症状を書いてください。()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>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りすることがありますか？</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>1か月以内に予防接種を受けましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>予防接種の種類()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>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。 病名()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>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もよいと言われましたか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種について質問がありますか。</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> </tr> </table> <p>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（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。 医師氏名（フルネーム）またはゴム氏名印に捺印 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ワクチン Lot No.</td> <td>ロット番号</td> <td>接種方法 筋肉注射</td> <td>接種量 ml</td> <td>実施場所・医師名・接種年月日 接種年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>接種部位 右・左</td> <td></td> <td>実施場所 医師名</td> </tr> </table>	住 所	診察前の体温	度 分	氏 名	男・女 生年月日	(満)歳	肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 (「はい」の人は定期予防接種の対象外となります。)	はい	いいえ	今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について、左記成人用肺炎球菌予防接種のお知らせを全て読みましたか。	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。	はい	いいえ	その病気の主治医には、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、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	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りすることがありますか？	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か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	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。 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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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	ワクチン Lot No.	ロット番号	接種方法 筋肉注射	接種量 ml	実施場所・医師名・接種年月日 接種年月日 令和 年 月 日			接種部位 右・左		実施場所 医師名	<p>成人用肺炎球菌予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種可能と判断された後に記入してください。)</p> <p>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。 (○をつけてください) (接種を希望します・接種を希望しません)</p> <p>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。</p> <p>このことを理解の上、本予診票が加賀市に提出されることに同意します。</p> <p>接種者署名（必ず記入してください）署名者続柄（○をつける）医療機関関係者は代筆できません 本人 代筆者署名 その他(右欄もご記入ください) 続柄</p>
住 所	診察前の体温	度 分																																																																			
氏 名	男・女 生年月日	(満)歳																																																																			
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 (「はい」の人は定期予防接種の対象外となります。)	はい	いいえ																																																																			
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について、左記成人用肺炎球菌予防接種のお知らせを全て読みましたか。	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。	はい	いいえ																																																																			
その病気の主治医には、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、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ																																																																			
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りすることがありますか？	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か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ																																																																			
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。 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もよいと言われましたか。	はい	いいえ																																																																			
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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																																																																			
ワクチン Lot No.	ロット番号	接種方法 筋肉注射	接種量 ml	実施場所・医師名・接種年月日 接種年月日 令和 年 月 日																																																																	
		接種部位 右・左		実施場所 医師名																																																																	

ミシン目を入れる

2穴綴り用パンチ穴

修正・追加箇所

◆成人用肺炎球菌予防接種対象者について◆

「(ポリサッカライド)」を削除

◆対象者◆ 以下のいずれかに該当する人で、接種を希望する人。

※既に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある人は対象外となります。

① 加賀市民で65歳の方

※ 65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日までの間に接種できます。

② 加賀市民で60歳以上65歳未満の人であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいを有する人（身体障害者手帳1級相当）

※加賀市で接種歴が確認できていない人に、この接種券をお送りしています。

成人用肺炎球菌予防接種協力医療機関(50音順)

要予約

医療機関名	電話番号	医療機関名	電話番号	医療機関名	電話番号
石川	076-24-0700	川	076-6116	の	7002
いしぐろ		谷		ナ	8881
板		動		タ	1150
橋		橋		カ	1110
上		上		ク	3355
田		田		ナ	0110
うわだ		岡		カ	7070
な		部		タ	1300
い		加賀温泉		リ	0301
わ		リハ		ハ	0045
く		加賀ぐっすり			
る		加賀市医療			
す		加賀たちはな			
い		片山津温泉			
く		上出内科クリニック	076-1001	かがたクリニック	076-7373

令和8年度実施医療機関は、
令和8年2月12日以降に決定
するため決定後に提示する

・上記協力医療機関以外での接種を希望される場合は、事前に加賀市健康課までお問い合わせください。

成人用肺炎球菌予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、腫れたり、傷んだりすることがあります。また、わずかながら熱が出たり、寒気がしたり、全身のだるさがみられることがあります、いずれも通常2~3日のうちに治ります。

予防接種健康被害救済制度

予防接種では健康被害（病気になったり障がいが残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀はあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

成人用肺炎球菌予防接種によって健康被害が生じた場合にも予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要となる手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

予防接種を受けた後の一般的注意事項

- 1) 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2) 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。
- 3) 入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすることはやめましょう。
- 4) 接種当日は、いつも通りの生活をしてもかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。わからないことがありましたら、加賀市健康課までお問い合わせください。

[所在地] 加賀市大聖寺八間道65 かが交流プラザさくら 1F [電話] 76-5670(予防接種担当)

封筒の令和8年度用修正箇所なし

