

令和 6 年 1 月 31 日

加 賀 市 長

(担当 総務部財政課)

## 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 及 び 場 所	令和 6 年 2 月 1 日 午前 11 時 30 分 加賀市役所 総務部 財政課
見積書宛名	加賀市長 宮元 陸
納 入 期 限	令和 6 年 3 月 11 日
納 入 場 所	健康課
落 札 方 法	総価落札
注意事項	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。 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。

伺 番 号 第 0000350 号

# 品 目 明 細

年 度 令和 5 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

伺 番 号 0000350

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	1,500 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	1,500 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印刷作成業務		
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 17.6 インチ×12 インチ 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:235mm×120mm 再生紙使用、カラークラフト 70g/m <sup>2</sup> ) <b>現物見本は財政課にあります</b>		
印刷	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 (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 見本のとおり(表1色刷)		
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)、封滅用糊付け不要		
形状	見本のとおり		
数量	1. 成人用肺炎球菌予防接種接種券兼予診票 1,500枚 2. 窓あき封筒 1,500枚	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
納入期限	令和 6 年 3 月 11 日	納入場所	健康課
その他連絡事項 (校正担当課・係名：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 ・見本のとおり、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 ・見本のとおり、1色刷り(黒)でお願いします。 ・封滅用糊付けは不要です。			
<small>                     ※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」等を使用すること。                      ※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、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって行財政課へお出しください。                      (原稿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。                 </small>			

# 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）

接種期間 ~~令和5年6月1日（木）～令和6年3月30日（土）~~

太枠内を記入してください。

加賀市長 宮元 陸



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 欄		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	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。 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	
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	

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	皮下注射・筋肉内注射の別	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	皮下注射・筋肉注射	ml	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、接種を希望しますか。

（○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（右欄もご記入ください）	代筆者署名 続柄

文字を削除して白抜きにしてください

## ~~令和5年度~~ 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 72-7865(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くださいの上必ず電話で予約をして接種してください。

- 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。
- 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歳の方**  
② 60歳以上65歳未満の人であって、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。
- 接種方法** 協力医療機関（裏面をご覧ください。）
- 接種期間** ~~令和5年6月1日（木）～令和6年3月30日（土）~~  
（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。
- 負担額** **2,200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してください。）
- 持ち物** **接種券兼予診票（本用紙）、健康保険証**  
（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。）  
※転出した場合、この接種券は使用できません。

文字を削除して網掛けをしてください

~~※この通知は令和5年5月9日現在で作成しております。住所変更等による通知の行き違いはご容赦ください。~~

## 成人用肺炎球菌予防接種済証

接種歴を示すものですので大切に保管ください。

住 所 予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

接種機関名

医師名

氏 名

生年月日

加賀市長 宮元 陸



（本人用）

◆成人用肺炎球菌予防接種対象者について◆

◆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）の接種を受けた人は対象外となります。

加賀市民で65歳の方

令和5年度に65歳になられた方で未接種の方にもこの接種券をお送りしています。（66歳の誕生日の前日までこの接種券で接種できます。）

② 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もつる人（身体障害者手帳1級相当）

※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。

空白を縮めてください

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					72-7002
いしぐ					75-8881
板谷					72-1150
動橋					73-1110
上田					73-3355
うわだ					76-0110
岡部					77-7070
加賀温泉					73-1300
加賀ぐ					78-0301
加賀市医					78-0045
加賀たち					
片山津温					
上出内科クリニック	74-1607	ながたクリニック	77-7373		

現在、令和6年度実施医療機関を照会中のため校正時に提示します。

- 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。
- 新型コロナウイルス感染防止のため、予約時に医療機関の実施状況を確認して受診くださいますよう、お願いいたします。

\*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が、いずれも通常2～3日のうちに治ります。

\*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] 72-7865



**重要書類在中**

※紛失しないでください。

料金後納  
郵便

**令和5年度**

**成人用肺炎球菌予防接種券在中**

※接種期間外に接種しますと  
全額自己負担となります。

**親展**

受診する際には必ず同封の予診票の太枠内を  
ご記入のうえ、切りとらずにご持参ください。



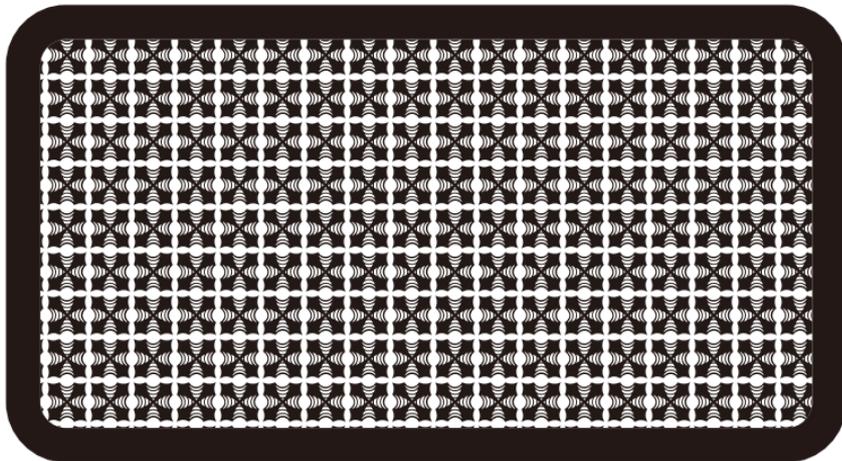
**加賀市役所**

(健康課)

〒922-0057

石川県加賀市大聖寺八間道65 かが交流プラザさくら1F

TEL(0761) 72-7865 (直通)



親展

重要書類在中

※紛失しないでください。

料金後納  
郵便

~~令和5年度~~

削除してください

成人用肺炎球菌予防接種券在中

※接種期間外に接種しますと  
全額自己負担となります。

受診する際には必ず同封の予診票の太枠内を  
ご記入のうえ、切りとらずにご持参ください。



加賀市役所  
(健康課)

〒922-0057  
石川県加賀市大聖寺八間道65 かが交流プラザさくら1F  
TEL(0761) 72-7865 (直通)