

令和8年8月25日

仕 様 書

案件番号	152
------	-----

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8年10月9日	令和8年8月27日 正午		令和8年9月1日 午後2時	市内業者

案件名 帯状疱疹予防接種予診票の印刷

納入場所 健康管理課

番号	品 名	仕様	数量	単位
1	帯状疱疹予防接種予診票	別紙印刷製本仕様明細書のとおり (A4三枚複写 一枚目茶または橙 墨1色刷り 三枚目消し有り)	6,000	部
2				
3				
4				
5				

(特記事項)

※見本は保健センター健康管理課で閲覧可能です。
※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	メールアドレス
健康管理課	小西	04-2991-1811	04-2995-1178	b9911811@city.tokorozawa.lg.jp

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（ 予診票 ）				
担当部署	健康管理課	担当者	小西	TEL	04-2991-1811

1 品名	带状疱疹予防接種予診票									
2 製作部数	6,000 部									
3 規格	仕上	A4 判 3 頁								
	(封筒)	サイズ:				厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無 糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無								
	特記事項	刷り色 1枚目:1色 2枚目:黒 3枚目:黒(減感有り) A4天セット糊3枚複写 青発色 N(40)W・W・N(50)W 3枚目消し有 ※1枚目の色は茶または橙								
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色	
	色数	色	背文字	☐ 有 ☐ 無		表2印刷		☐ 有 ☐ 無		
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷	☐ 有 ☐ 無					
	特記事項									
5 構成	紙質				厚さ	判		kg	色	
	色数	色	組方	☐ 縦組 ☐ 横組						
	文字	ポイント		文字数	字 × 頁					
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)								
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。								
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)								
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)								
	中扉	枚 (色 厚さ)								
	特記事項									
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()									
	特記事項									
7 原稿	引渡日	令和 8 年 9 月 4 日								
	原稿	☒ データ ☐ ダイレクト(紙) ☐ その他 ()								
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☒ その他 (メール)								
	ファイル形式	☐ PDF (推奨) ☒ テキストファイル ソフト名: ☐ ワード ☒ エクセル ☐ その他 ()								
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)								
		☒ データ入稿(印刷用に調整あり)								
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)										
※データによる原稿の場合は、PDF (推奨) 又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。										
8 校正	☒ 本紙校正 1 回 ☒ 簡易校正 1 回									
9 納品	納期	令和 8 年 10 月 9 日 (金)								
	納入場所	健康管理課								
	梱包・配送	☐ 指定なし ☒ 指定あり (100部ずつ仕切りを入れてください)								

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

※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

所沢市

住民票上の住所	所沢市	診察前の体温		度		分	
		電話番号		()			
受ける人の氏名			生年月日 (西暦)	19 年 月 日			
受ける人のふりがな ※	かな姓			満 歳		男 女	
※拗音、濁点も1枠に記入	かな名						
今回接種するワクチンの種類・回数	ビケン(生ワクチン) 回数 1回目						
	シングリックス(不活化ワクチン) 回数 1回目 2回目		<1回目>		20	年 月 日	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について、医療機関にある説明書を読みましたか。	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	は い	いいえ	
現在、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。	いいえ	は い	
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。 症状 ()	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	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。 予防接種の種類 () 症状 ()	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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 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は受けてよいといわれましたか。	いいえ	は い	
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	
6か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 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、説明をした。
	医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	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 医 師 名
Lot No.	ビケン (皮下接種) 0.5m l	
(注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス (筋肉内接種) 0.5m l	接種年月日 (西暦) 20 年 月 日

帯状疱疹ワクチン予防接種希望書 (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。
(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、本予診票が市に提出されることに同意します。
接種当日に所沢市に住民票がない場合は、原則接種費用の一部助成は受けられません。

年 月 日

被接種者自署

代筆者

続柄

(※自署できない者は代筆者が「被接種者自署」、「代筆者」、「続柄」を記載)

19 帯状疱疹予防接種予診票

※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 所沢市

住民票上の住所	所沢市	診察前の体温		度		分	
		電話番号		()			
受ける人の氏名			生年月日 (西暦)	19 年 月 日			
受ける人のふりがな ※	かな姓						
※拗音、濁点も1枠に記入	かな名			満	歳	☐ 男	☐ 女
今回接種するワクチンの種類・回数	☐ ビケン(生ワクチン) 回数 ☐ 1回目						
	☐ シングリックス(不活化ワクチン) 回数 ☐ 1回目 ☐ 2回目		<1回目> 20 年 月 日				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、医療機関にある説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
現在、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。	いいえ	はい	
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。 症状 ()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	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。 予防接種の種類 () 症状 ()	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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 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は受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
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	
6か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 ☐ 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、説明をした。
	医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	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 医 師 名	接種年月日 (西暦) 20 年 月 日
Lot No.	ビケン (皮下接種) 0.5m l		
(注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス (筋肉内接種) 0.5m l		

帯状疱疹ワクチン予防接種希望書 (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。
(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、本予診票が市に提出されることに同意します。 年 月 日

接種当日に所沢市に住民票がない場合は、原則接種費用の一部助成は受けられません。

被接種者自署 代筆者 続柄

(※自署できない者は代筆者が「被接種者自署」、「代筆者」、「続柄」を記載)

住民票上の住所	所沢市		診察前の体温		度		分	
			電話番号		()			
受ける人の氏名			生年月日 (西暦)	19 年 月 日				
受ける人のふりがな ※	かな姓			満 歳		☐ 男 ☐ 女		
※拗音、濁点も1枠に記入	かな名							
今回接種するワクチンの種類・回数	☐ ビケン(生ワクチン) 回数 ☐ 1回目							
	☐ シングリックス(不活化ワクチン) 回数 ☐ 1回目 ☐ 2回目			<1回目> 20 年 月 日				

帯状疱疹予防接種済証

埼玉県所沢市長

ワクチンロット番号		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	Lot No.	いずれかに○	実施場所 医 師 名	
		ビケン (皮下接種) 0.5m l		
(注)有効期限が切れていないか要確認		シングリックス (筋肉内接種) 0.5m l	接種年月日 (西暦) 20 年 月 日	

※3枚目のみ、黒塗り部分を減感加工して
いただきますようお願いいたします。

「今回接種するワクチンの種類・回数」欄の、※印の説明文を削除
 該当ページ：1枚目・2枚目

記入								
今回接種する ワクチンの 種類・回数	☐ ビケン(生ワクチン)	回数	☐ 1回目	※令和7年3月31日までに带状疱疹ワクチンの接種が完了している場合は、医師に申し出ください。				
	☐ シングリックス(不活化ワクチン)	回数	☐ 1回目 ☐ 2回目					
			<1回目>	20	年	月	日	

↓

記入								
今回接種する ワクチンの 種類・回数	☐ ビケン(生ワクチン)	回数	☐ 1回目					
	☐ シングリックス(不活化ワクチン)	回数	☐ 1回目 ☐ 2回目					
			<1回目>	20	年	月	日	

ページ下部の作成年月を最新にする
 該当ページ：1枚目・2枚目

代筆者	続柄
できない者は代筆者が「被接種者自署」、「代筆者」、「続柄」を	
25.4	①所沢市保

←赤丸部分を「26.8」に修正