

令和6年6月25日

仕様書

案件番号

55

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6年8月14日	令和6年6月27日 正午		令和6年7月2日 午後4時	市内業者

案件名 高齢者インフルエンザ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	高齢者インフルエンザ予防接種予診票	A4三枚複写 一枚目ブルー 墨1色刷り 三枚目消し有り ※詳細については別紙のとおり	45,000	部
2				
3				
4				
5				

(特記事項)

※見本は健康管理課または契約課で閲覧できます。
※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

印刷製本仕様明細書

種 類	<input type="checkbox"/> 冊子 <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> チラシ・リーフレット <input type="checkbox"/> 連続用紙 <input type="checkbox"/> 伝票 <input type="checkbox"/> 封筒 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (予診票)				
担 当 部 署	健康管理課	担当者	野澤	TEL	2991-1811

1 品 名	高齢者インフルエンザ予防接種予診票				
2 製作部数	45,000 部				
3 規 格	仕 上	判 頁			
	(封 筒)	サイズ:	厚さ:		
	特記事項	窓: <input type="checkbox"/> 有 (種類) <input type="checkbox"/> 無 糊: <input type="checkbox"/> 有 (種類) <input type="checkbox"/> 無 A4三枚複写一枚目ブルー墨1色刷り三枚目消し有り ただし、右下1枚目①所沢市保管、2枚目②医療機関保管 上部糊付け、色等見本のとおり ※接種済証明書は所沢市から所沢市長に変更			
4 表 紙 (冊 子 等)	紙 質	厚 さ	判	kg	色
	色 数	色 背 文 字	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	表 2 印 刷	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	表 3 印 刷	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	表 4 印 刷	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	特記事項				
5 構 成	紙 質	厚 さ	判	kg	色
	色 数	色 組 方	<input type="checkbox"/> 縦組 <input type="checkbox"/> 横組		
	文 字	ポ イ ン ト	文 字 数	字 × 頁	
	写 真	点 (原稿 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> ネガ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	表・グラフ	点 (原稿 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	中 扉	枚 (色 厚さ)			
特記事項					
6 製本・加工	<input type="checkbox"/> 無線綴じ <input type="checkbox"/> あじろ綴じ <input type="checkbox"/> 中綴じ <input type="checkbox"/> 平綴じ <input type="checkbox"/> 綴じ穴 <input type="checkbox"/> 化粧断ち <input type="checkbox"/> 折り (項折り) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	特記事項				
7 原 稿	引 渡 日	令和 6 年 7 月 19 日			
	原 稿	<input checked="" type="checkbox"/> データ <input checked="" type="checkbox"/> ダイレクト(紙) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	媒 体	<input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> クラウド <input type="checkbox"/> その他 ()			
	ファイル形式	<input checked="" type="checkbox"/> PDF(推奨) <input type="checkbox"/> テキストファイル (ソフト名: <input type="checkbox"/> ワード <input type="checkbox"/> エクセル <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入 稿	<input type="checkbox"/> 完全データ入稿(データをそのまま印刷) <input type="checkbox"/> データ入稿(印刷用に調整あり) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 本紙校正 1 回 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易校正 1 回				
9 納 品	納 期	令和 6 年 8 月 14 日 (水)			
	納入場所	所沢市保健センター健康管理課			
	梱包・配送	<input type="checkbox"/> 指定なし <input checked="" type="checkbox"/> 指定あり (100部ごとに仕切りを入れ、1000部ずつ段ボール梱包してください。)			

※ 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。

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

所 沢 市

		診察前の体温	度	分
住 所	所沢市	電話番号	-	-
フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満 歳)

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、特に体の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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	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。	いいえ	はい	
最近1ヶ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 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。 医師署名または記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	医療機関名・医師名・接種年月日
Lot No.	0.5 ml	医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

所 沢 市

		診察前の体温	度	分
住 所	所沢市	電話番号	-	-
フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満 歳)

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、特に体の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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	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。	いいえ	はい	
最近1ヶ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 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。 医師署名または記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	医療機関名・医師名・接種年月日
Lot No.	0.5 ml	医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

②医療機関保管

住 所	所沢市	電話番号	-
フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日生	(満 歳)

高齢者インフルエンザ予防接種済証

埼 玉 県 所 沢 市 長

↑
追加し、
中央寄せに
して下さい。

ワクチンロット番号	接 種 量	医療機関名・医師名・接種年月日
Lot No.	0.5 ml	医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日

印