

令和7年10月15日

仕様書

案件番号 151

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1月16日	令和7年10月17日 正午		令和7年10月22日 午後4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	10,000	部
2				
3				
4				
5				

(特記事項)

※見本は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。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 04-2991-1811

1 品 名	帯状疱疹予防接種予診票			
2 製作部数	10,000 部			
3 規 格	仕 上	A4 判 頁		
	(封 筒)	サイズ:	厚さ:	
		窓: <input type="checkbox"/> 有 (種類) <input type="checkbox"/> 無 糊: <input type="checkbox"/> 有 (種類) <input type="checkbox"/> 無		
特記事項	A4版 3枚複写 天セット糊、N(40)W・W・N(50)W、青発色 刷り色: 1枚目 茶1色、2枚目 黒、3枚目 黒(減感あり)			
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
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)		
	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	見本のとおり		
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	見本のとおり		
7 原 稿	引 渡 日	令和 7 年 10 月 24 日		
	原 稿	<input checked="" type="checkbox"/> データ <input type="checkbox"/> ダイレクト(紙) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (見本)		
	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 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 checked="" 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)		
<small>※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。</small>				
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 8 年 1 月 16 日 (金)		
	納 入 場 所	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。

19 带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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
受ける人のふりがな ※ ※拗音、濁点も1枠に記入	かな姓	<input type="text"/>		満 歳	<input type="checkbox"/> 男
今回接種するワクチンの種類・回数	<input type="checkbox"/> ビケン(生ワクチン) 回数 <input type="checkbox"/> 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、医師に申し出てください。		
	<input type="checkbox"/> シングリックス(組換えワクチン) 回数 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		<1回目> 20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 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
Lot No.	ビケン (皮下接種) 0.5ml	医師名
(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) 0.5ml	接種年月日 (西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

带状疱疹予防接種希望書 (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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
受ける人のふりがな ※ ※拗音、濁点も1枠に記入	かな姓	<input type="text"/>		満	歳
今回接種するワクチンの種類・回数	<input type="checkbox"/> ビケン(生ワクチン) 回数 <input type="checkbox"/> 1回目				
	<input type="checkbox"/> シングリックス(組換えワクチン) 回数 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		<1回目> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		

带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	いずれかに○	実施場所 医師名
Lot No.	ビケン (皮下接種) 0.5ml	
(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) 0.5ml	接種年月日 (西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

