

印 刷 仕 様 書					
品 名		発注課	保健予防課	担当者	山 縣
①インフルエンザ・新型コロナワクチン ポスター		連絡先	(078)918-5668		
		数 量	350枚		
納品場所	あかし保健所及び市内医療機関約165か所	納 期	別紙のとおり		
印刷方法	☒ コンピューター組版 ☐ ダイレクト ☐ その他() ☐ 見本のとおり				
	☒ オフセット ☐ その他()				
規格	☒ A_3版(2つ折り) ☐ B__版 ☐ その他____mm×____mm ☐ タブロイド版____項____ツ折り				
	封筒 ☐ 長__号 ☐ 角__号 ☐ その他 ____mm×____mm				
表紙	☐ あり ☒ なし ☐ 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☐ その他____紙____色____kg____口				
本文	☐ 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☒ その他 ※上質 紙等____色 135 kg____口				
	ページ数____ページ 内 ____ツ折り____枚				
あい紙	☐ あり____枚 ☐ なし 紙 質 ____紙				
	※使用する紙については、古紙パルプ、または環境に配慮したバージンパルプ（森林認証材等を使用しているもの等）を原料に含む製品を優先的に選定していただけるようお願いします。（ただし指定はしません。見本と類似の仕上がりができるものであれば、上質紙等、古紙パルプ等を含まないものも可とします。）				
カーボン	☐ カーボン紙 ☐ ノンカーボン紙 ____発色 1セット____枚 減 感 ☐ あり カ所 ☐ なし 4枚目____色____kg				
刷色	☐ 1 色	☐ 黒 ☐ 赤 ☐ 青 ☐ その他____色 ☒ 見本のとおり			
	☒ カラー	(2・3・4)色、____色____色____色			
刷方	表 紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
	本 文	☒ 片面刷り	☐ 両面刷り		
製本	あい紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り	☐ 刷方なし	
	カーボン	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
校正	☒ バラ ☐ 天のり ☐ 並製本 ☐ 上製本 ☐ くるみ表紙 ☐ クロス巻き ☐ 針金(中・平)とじ ☐ ミ シ ン 縦__本、横__本 ☐ 穴あけ ____カ所 ☒ 見本のとおり(A3を2つに折ってA4で梱包)				
指示事項	落札後の事前打合せ ☒ 必要 ☐ 不要 校 正 ☒ 必要____2____回 ☐ 不要 色校正 ☐ 必要____回 ☒ 不要				
	写真 ☐ あり ____枚提示→カラー____枚モノクロ____枚 イラスト ☒ あり ____枚提示→カラー 1 枚モノクロ____枚 原 稿——— ☐ 原稿渡し——— ☐ 手書き (ダイレクト・コンピューター組版) ☐ ワープロ (ダイレクト・コンピューター組版) └─ ☒ データ渡し (ワード・エクセル・ <u>その他</u> (パワーポイント)) その他 ・見本のとおり (修正箇所は後日連絡) ・納品については別紙のとおり行うこと。 ・納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。				

印 刷 仕 様 書					
品 名		発注課	保健予防課	担当者	山 縣
②インフルエンザ予防接種 リーフレット		連絡先	(078)918-5668		
		数 量	85,000部		
納品場所	あかし保健所及び市内医療機関約165か所	納 期	別紙のとおり		
印刷方法	☒ コンピューター組版 ☐ ダイレクト ☐ その他() ☐ 見本のとおり				
	☒ オフセット ☐ その他()				
規格	☒ A_4版() ☐ B__版 ☐ その他____mm×____mm ☐ タブロイド版____項____ツ折り				
	封筒 ☐ 長__号 ☐ 角__号 ☐ その他 ____mm×____mm				
表紙	☐ あり ☒ なし ☐ 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☐ その他____紙____色____kg____口				
本文	☐ 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☒ その他 ※上質 紙等____白____色____70____kg____口				
	ページ数____ページ 内 ____ツ折り____枚				
あい紙	☐ あり____枚 ☒ なし 紙 質 ____紙				
	※使用する紙については、古紙パルプ、または環境に配慮したバージンパルプ（森林認証材等を使用しているもの等）を原料に含む製品を優先的に選定していただけるようお願いします。（ただし指定はしません。見本と類似の仕上がりができるものであれば、上質紙等、古紙パルプ等を含まないものも可とします。）				
カーボン	☐ カーボン紙 ☐ ノンカーボン紙 ____発色 1セット____枚				
	減 感 ☐ あり カ所 ☐ なし 4枚目____色____kg				
刷色	☐ 1 色	☐ 黒 ☐ 赤 ☐ 青 ☐ その他____色 ☒ 見本のとおり			
	☒ カラー	(2・3・4)色、____色____色____色			
刷方	表 紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
	本 文	☐ 片面刷り	☒ 両面刷り		
	あい紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り	☐ 刷方なし	
	カーボン	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
製本	☒ バラ		☐ 天のり	☐ 並製本	☐ 上製本
	☐ くるみ表紙		☐ クロス巻き	☐ 針金（中・平）とじ	
	☐ ミ シ ン 縦__本、横__本		☐ 穴あけ ____カ所		
	☒ 見本のとおり				
校正	落札後の事前打合せ		☒ 必要	☐ 不要	
	校 正		☒ 必要__3__回	☐ 不要	
	色校正		☐ 必要____回	☒ 不要	
指示事項	写 真	☐ あり	____枚提示→カラー	____枚モノクロ	____枚
	イラスト	☐ あり	____枚提示→カラー	____枚モノクロ	____枚
	原 稿	☐ 原稿渡し	☐ 手書き	(ダイレクト・コンピューター組版)	
		☐ ワープロ	(ダイレクト・コンピューター組版)		
	☒ データ渡し (ワード・エクセル・その他())				
	その他 ・見本のとおり（修正箇所は後日連絡） ・納品については別紙のとおり行うこと。 ・納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。				

印 刷 仕 様 書					
品 名		発注課	保健予防課	担当者	山 縣
③新型コロナワクチン接種 リーフレット		連絡先	(078)918-5668		
		数 量	75,000部		
納品場所	あかし保健所及び市内医療機関約105か所	納 期	別紙のとおり		
印刷方法	☒ コンピューター組版 ☐ ダイレクト ☐ その他() ☐ 見本のとおり				
	☒ オフセット ☐ その他()				
規格	☒ A_4版() ☐ B__版 ☐ その他____mm×____mm ☐ タブロイド版____項____ツ折り				
	封筒 ☐ 長__号 ☐ 角__号 ☐ その他 ____mm×____mm				
表紙	☐ あり ☒ なし ☐ 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☐ その他____紙____色____kg____口				
本文	☐ 再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☒ その他 ※上質 紙等____白____色____70____kg____口				
	ページ数____ページ 内 ____ツ折り____枚				
あい紙	☐ あり____枚 ☒ なし 紙 質 ____紙				
	※使用する紙については、古紙パルプ、または環境に配慮したバージンパルプ（森林認証材等を使用しているもの等）を原料に含む製品を優先的に選定していただけるようお願いします。（ただし指定はしません。見本と類似の仕上がりができるものであれば、上質紙等、古紙パルプ等を含まないものも可とします。）				
カーボン	☐ カーボン紙 ☐ ノンカーボン紙 ____発色 1セット____枚				
	減 感 ☐ あり カ所 ☐ なし 4枚目____色____kg				
刷色	☐ 1 色	☐ 黒 ☐ 赤 ☐ 青 ☐ その他____色 ☒ 見本のとおり			
	☒ カラー	(2・3・4)色、____色____色____色			
刷方	表 紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
	本 文	☐ 片面刷り	☒ 両面刷り		
製本	あい紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り	☐ 刷方なし	
	カーボン	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
校 正	☒ バラ ☐ 天のり ☐ 並製本 ☐ 上製本				
	☐ くるみ表紙 ☐ クロス巻き ☐ 針金（中・平）とじ				
	☐ ミ シ ン 縦__本、横__本 ☐ 穴あけ ____カ所				
	☒ 見本のとおり				
指 示 事 項	落札後の事前打合せ ☒ 必要 ☐ 不要				
	校 正 ☒ 必要____3____回 ☐ 不要				
	色校正 ☐ 必要____回 ☒ 不要				
写 真	☐ あり ____枚提示→カラー____枚モノクロ____枚				
	☐ あり ____枚提示→カラー____枚モノクロ____枚				
	原 稿—— ☐ 原稿渡し—— ☐ 手書き （ダイレクト・コンピューター組版）				
	└─ ☐ ワープロ（ダイレクト・コンピューター組版）				
指 示 事 項	└─ ☒ データ渡し（ワード・エクセル・その他（ ））				
	その他				
	・見本のとおり（修正箇所は後日連絡）				
	・納品についてはい紙のとおりに行うこと。				
指 示 事 項	・納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。				

印 刷 仕 様 書					
品 名		発注課	保健予防課	担当者	山 縣
④インフルエンザ予防接種 予診票		連絡先	(0 7 8) 9 1 8 - 5 6 6 8		
		数 量	8 5 , 0 0 0 セット		
納品場所	あかし保健所及び市内医療機関約 165 か所	納 期	別紙のとおり		
印刷方法	☒ コンピューター組版 ☐ ダイレクト ☐ その他 () ☐ 見本のとおり				
	☐ オフセット ☐ その他 ()				
規格	☒ A_4 版 ☐ B____版 ☐ その他_____mm×_____mm ☐ タブロイド版_____項_____ツ折り				
	封筒 ☐ 長____号 ☐ 角____号 ☐ その他 _____mm×_____mm				
表紙	☐ あり ☒ なし ☐ 再生紙_____kg _____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☐ その他_____紙_____色_____kg_____口				
本文	☐ 再生紙_____kg _____% 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☐ その他_____紙_____色_____kg_____口				
	ページ数_____ページ 内 _____ツ折り_____枚				
あい紙	☐ あり_____枚 ☐ なし 紙 質 _____紙_____色_____kg_____口				
カーボン	☐ カーボン紙 ☒ ノンカーボン紙 1 枚目 _____色 _____ N 4 0 kg 青 _____発色 1 セット _____ 枚 2 枚目 _____色 _____ N 4 0 kg 減 感 ☒ あり _____カ所(3 頁) ☐ なし 3 枚目 _____色 _____ N 4 0 kg 4 枚目 _____色 _____ kg				
刷色	☒ 1 色	☒ 黒 ☐ 赤 ☐ 青 ☐ その他_____色 ☐ 見本のとおり			
	☐ カラー	(2 ・ 3 ・ 4) 色、 _____色 _____色 _____色			
刷方	表 紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
	本 文	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り		
	あい 紙	☐ 片面刷り	☐ 両面刷り	☐ 刷方なし	
	カーボン	☒ 片面刷り	☐ 両面刷り		
製本	☒ バラ ☒ 天のり (3 枚セット) ☐ 並製本 ☐ 上製本 ☐ くるみ表紙 ☐ クロス巻き ☐ 針金 (中 ・ 平) とじ ☐ ミ シ ン 縦 _____本、横 _____本 ☒ 穴あけ _____カ所 (1 頁パンチ穴) ☒ 見本のとおり				
校正	落札後の事前打合せ	☒ 必要	☐ 不要		
	校 正	☒ 必要 _____ 2 _____回	☐ 不要		
	色校正	☐ 必要 _____回	☒ 不要		
指示事項	写 真	☐ あり _____枚提示→カラー_____枚モノクロ_____枚			
	イラスト	☐ あり _____枚提示→カラー_____枚モノクロ_____枚			
	原 稿	☐ 原稿渡し	☐ 手書き (ダイレクト・コンピュータ組版)		
		☐ ワープロ (ダイレクト・コンピュータ組版)			
		☒ データ渡し (ワード・エクセル・その他 ())			
	その他 ・ 見本のとおり (修正箇所は後日連絡) ・ 納品については別紙のとおり行うこと。 ・ 納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。				

[illegible]

印 刷 仕 様 書	
品 名	発注課 保健予防課 担当者 山 縣
⑥インフルエンザ予防接種 実施報告書	連絡先 (0 7 8) 9 1 8 - 5 6 6 8
	数 量 3 0 0 冊
納品場所 あかし保健所及び市内医療機関約 165 か所	納 期 別紙のとおり
印刷方法	☒ コンピューター組版 ☐ ダイレクト ☐ その他 () ☐ 見本のとおり
	☐ オフセット ☐ その他 ()
規格	☒ A 4 版 ☐ B 版 ☐ その他 mm× mm ☐ タブロイド版 項 ツ折り
	封筒 ☐ 長 号 ☐ 角 号 ☐ その他 mm× mm
表紙	☒ あり ☐ なし ☐ 再生紙 kg % 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☒ その他 上質 紙 白 色 7 0 kg 口
	☐ 再生紙 kg % 再生紙使用マーク ☐ あり ☐ なし ☐ その他 紙 色 kg 口
本文	ページ数 ページ 内 ツ折り 枚
あい紙	☐ あり 枚 ☒ なし 紙 質 紙 色 kg 口
カーボン	☐ カーボン紙 ☒ ノンカーボン紙 1 枚目 クリーム 色 N 4 0 kg 青 発色 1 セット 3 枚 2 枚目 クリーム 色 N 4 0 kg 減 感 ☐ あり カ所 ☐ なし 3 枚目 クリーム 色 N 4 0 kg 4 枚目 色 kg
刷色	☒ 1 色 ☒ 黒 ☐ 赤 ☐ 青 ☐ その他 色 ☐ 見本のとおり
	☐ カラー (2 ・ 3 ・ 4) 色、 色 色 色
刷方	表 紙 ☐ 片面刷り ☐ 両面刷り 本 文 ☐ 片面刷り ☐ 両面刷り あい 紙 ☐ 片面刷り ☐ 両面刷り ☐ 刷方なし カーボン ☒ 片面刷り ☐ 両面刷り
製本	☐ バラ ☒ 天のり ☒ 並製本 ☐ 上製本 ☐ くるみ表紙 ☐ クロス巻き ☐ 針金 (中 ・ 平) とじ ☐ ミ シ ン 縦 本、横 本 ☒ 穴あけ 2 カ所 ☒ 見本のとおり
校正	落札後の事前打合せ ☒ 必要 ☐ 不要 校 正 ☒ 必要 2 回 ☐ 不要 色校正 ☐ 必要 回 ☒ 不要
指示事項	写 真 ☐ あり 枚提示→カラー 枚モノクロ 枚 イラスト ☐ あり 枚提示→カラー 枚モノクロ 枚 原 稿 ☐ 原稿渡し ☐ 手書き (ダイレクト・コンピューター組版) ☐ ワープロ (ダイレクト・コンピューター組版) ☒ データ渡し (ワード・ エクセル ・その他 ()) その他 ・印字内容は見本のとおり。 ・1 冊 1 0 セット (3 0 枚) ・納品については別紙のとおり行うこと。 ・納品後、落丁その他不具合が見つかった場合は、速やかに交換納品すること。

[illegible]

(別紙) 納品について

- ① 個別納品：

受注者作成のリーフレット、予診票、実施報告書、ポスターと市作成の書類セット（※１）を実施する予防接種の種類に応じて２つのパターン（※２）に分けて個別納品。

※１ A４普通３～５枚＋小冊子１冊の計約150g／１セット（２種類） 令和６年９月９日までに受注者へお渡しします。

※２ ①インフル＋コロナ予防接種実施医療機関、②インフルのみ予防接種実施医療機関

納品先 ……すべて市内の医療機関（約１６５か所）※８月上旬に納品先リストを提示します。

納品日 ……令和６年９月１１日（市から連絡後）～１３日の間

特記事項 ……納品先の受領印をもらう形式で納品すること（郵便局や配送業者の利用可）

【参考】納品先リスト見本

NO	納品場所	郵便番号	住所（明石市）	ポスター	インフル リーフレット	コロナ リーフレット	インフル 予診票	コロナ 予診票	インフル 実施報告書	コロナ 実施報告書	市作成の書類 ①	市作成の書類 ②
				数量（枚）	数量（部）			数量（冊）			数量（セット）	数量（セット）
1	A病院	674-0081	魚住町錦が丘	1	2000	500	2000	500	1	1	1	
2	B病院	673-0891	大明石町１丁目	1	1600	1900	1600	1900	1	1	1	
3	C病院	674-0051	大久保町大窪	1	1100		1100		1			1
4	D病院	674-0092	二見町東二見	1	900		900		1			1
5	E病院	673-0844	東野町	1	800	200	800	200	1	1	1	
6	F病院	673-0027	新明町	1	800	50	800	50	1	1	1	
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮		⋮
165	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮		⋮
計（見込）				165	52060	35430	52060	35430	165	104	104	61

※ポスター、実施報告書、市作成の書類の数量は各１で固定。
リーフレット、予診票は納品先により納品数量が異なる。数量は下記の区分・件数を想定しているが、±５件程度する可能性があり、事業実施医療機関が増えた場合は、区分「20部」の納品先数が増える。医療機関の辞退により減る場合もあり。（8月上旬確定）

- ② 予診票とリーフレットを、各１０部／１セットに仕分けて納品。

数量 …… 700セット×２種類（インフル・コロナ）

納品先 …… あかし保健所

納品日 …… 令和６年９月９日まで
- ③ ポスター

数量 …… ①の余りすべて

納品先 …… あかし保健所

納品日 …… 令和６年９月９日まで
- ④ その他余った印刷物 …… 令和６年９月１３日までにあかし保健所へ納品すること。

上記①～④について、配送数量ごとの梱包及び配送にかかる費用を含めて見積もること。なお、納品先の増減による配送費の変動はないものとする。

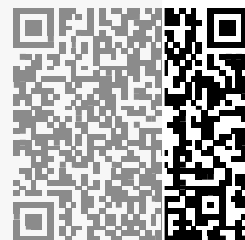
／ 令和6年10月1日より接種開始 ／

インフルエンザ 新型コロナ 予防接種のご案内



詳しくはこちら ▶

明石市 高齢者予防接種



対象

- ▶ 満65歳以上の明石市民
- ▶ 満60歳から65歳未満の明石市民であって、心臓、じん臓、もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、当該障害単独で身体障害者手帳1級相当の方

料金

インフルエンザ

無料

新型コロナ

3,000円

※ 市民税非課税世帯、生活保護世帯は無料(証明書が必要)

予約

医療機関に直接予約 (接種当日は健康保険証などをお持ちください)

※ 実施医療機関はリーフレットで確認できます

令和 6 年度 明石市高齢者インフルエンザ予防接種

1 接種対象者(①または②に該当する方)

- ① 満 **65 歳以上**の明石市民
- ② 満 60 歳以上 65 歳未満の明石市民で、心臓、じん臓も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害を有し、当該疾病単独で身体障害者手帳 1 級相当の方
(身体障害者手帳の写し又は医師の診断書が必要)

2 接種期間(期間中 1 回限り)

令和 6 年 10 月 1 日～令和 7 年 1 月 31 日

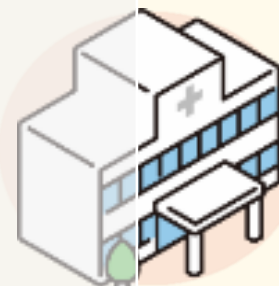
3 接種費用

無料

4 接種方法

「明石市実施医療機関(裏面)」に直接予約。接種当日は、保険証などの本人確認書類を持参)

※ 市外の医療機関で接種する場合は裏面下部参照



【説明書】予防接種を受ける前に読んでください	
・予防接種を受けることができない方	・予防接種を受ける時に医師と相談が必要な方
① 明らかに発熱がある方(通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません)	① 心臓・腎臓・肝臓・血液疾患や发育障害などの基礎疾患がある方
② 重篤な急性疾患にかかっている方	② 過去にアレルギーを起こしたことがある方
③ インフルエンザワクチンに含まれる成分に対し重度の過敏症(アナフィラキシーや全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴(ぜいめい)、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状)の既往歴のある方	③ 過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
④ その他、医師により接種が不適当な状態と認めた方	④ 過去に予防接種後 2 日以内に発熱や全身性発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた方
	⑤ インフルエンザワクチンに含まれる成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方
	⑥ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
・接種後の注意点	・予防接種の有効性
① 接種後、健康管理に注意し、高熱や局所の異常反応など、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること	インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡を予防することに関しては、一定の効果があると考えられています。
② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること	ワクチン接種した高齢者は死亡の危険が約 1/5 に、入院の危険が約 1/3 から 1/2 まで減少することが期待できるとされています。
③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと	
・予防接種の副反応	・予防接種による健康被害救済制度
接種部位の赤み・はれ・痛みなどが多くみられる副反応です。また、発熱・悪寒・頭痛・倦怠感が見られることもあります。通常 2～3 日で消失します。まれですが、アナフィラキシーショック、急性散在性脳脊髄炎等の報告があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。	定期の予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通 1 丁目 4-7 あかし保健所 4F
明石市 保健予防課(あかし保健所) TEL 918-5668 FAX 918-5584

令和 6 年度 明石市高齢者インフルエンザ予防接種 明石市実施医療機関

明 石 地 区	電 話	朝 原 クリニック	917-3838	織 田 クリニック	926-6650	ふじた脳神経内科	946-0050
あ さ ぎ り 病 院	912-7575	たかしな内科小児科クリニック	918-1136	メープル耳鼻咽喉科	921-8880	シーサイドクリニック	948-5731
佐 野 医 院	912-7450	片 平 クリニック	919-2353	日 下 医 院	928-3472	魚 住 地 区	電 話
さかねクリニック	919-0377	花 川 医 院	912-2770	大槻耳鼻咽喉科	924-2033	中山クリニック	935-6060
清水メディカルクリニック	918-3799	さくら内科クリニック	924-7111	かまだクリニック	920-2910	野 木 病 院	947-7272
明 舞 中 央 病 院	917-2020	阪田整形外科リハビリクリニック	926-1118	ふくやま・すこやかクリニック	924-0500	鈴木産婦人科医院	947-4882
吉 田 医 院	917-3336	山 本 内 科	922-8121	関 内 科 医 院	928-5993	平 野 医 院	947-0505
木村産婦人科医院	912-8283	そが内科クリニック	925-0811	さわだ耳鼻咽喉科・アレルギー科	945-6661	戸田内科・脳神経内科	947-5575
阿 部 医 院	913-6370	いまふじ内科クリニック	925-7150	大 久 保 地 区	電 話	しばはら整形外科スポーツ医療クリニック	947-0808
川 原 内 科	912-2060	ふくやま病院	927-1514	森本クリニック	935-2300	今井泌尿器科	946-4114
さかい内科・胃腸科	917-5755	王子回生病院	928-9870	きよクリニック	936-0317	平崎内科循環器科クリニック	959-8326
下村耳鼻咽喉科	918-3033	はら耳鼻咽喉科明石クリニック	921-8755	高 内 科	935-7557	正 井 医 院	946-3536
橋本ファミリークリニック	913-7615	あさひ病院	928-4444	野瀬耳鼻咽喉科	934-8733	大国クリニック	948-3900
西 山 クリニック	911-6652	日 野 医 院	927-2910	谷整形外科・内科クリニック	934-6100	近藤内科・胃腸科	943-7500
宮田整形外科クリニック	912-2810	藤 本 クリニック	928-9566	たにしクリニック	936-2050	小 山 クリニック	944-0356
明石たかぎ耳鼻咽喉科クリニック	995-8799	たご整形外科・外科	928-6261	浜本整形外科耳鼻咽喉科	935-5011	みんなのクリニック明石	943-3450
江本内科循環器科医院	919-0626	尾 松 医 院	923-6733	すぎもと整形外科クリニック	936-3220	明石仁十病院	942-1921
米 沢 クリニック	919-6400	千 頭 医 院	927-4444	山本内科・胃腸科	938-0477	明石同仁病院	942-0305
にしむらクリニック	911-4959	山 本 整 形 外 科	925-0000	あさひら耳鼻咽喉科	935-8733	うすい整形外科	943-4725
石 井 病 院	918-1655	藤 井 クリニック	927-5522	まふらわ内科クリニック	934-2550	鈴木内科クリニック	942-8811
大 賀 医 院	911-6167	みつだ整形外科	921-5555	神明クリニック	938-1717	二 見 地 区	電 話
う え の 内 科	939-3500	西明石クリニック	922-5555	平林耳鼻咽喉科クリニック	934-4133	ひまわり診療所	941-5725
中 務 医 院	918-2151	ささきクリニック	925-7333	美保・英利内科医院	935-2022	私立二見レディースクリニック	942-1783
あきこレディースクリニック	965-6563	樋 木 医 院	928-9569	おおくま内科胃腸科	936-0051	明石回生病院	942-3555
せいゆうクリニック	912-5151	井上外科胃腸科	928-9779	大 明 病 院	935-9000	繁 田 医 院	942-1004
ひかりクリニック	919-0366	志 岐 クリニック	925-2227	辻 医 院	935-2468	松田内科クリニック	941-7211
飯 村 医 院	911-3495	明 海 病 院	922-8800	三 井 医 院	935-8888	太 田 クリニック	949-0388
田 路 医 院	918-1258	室谷整形外科クリニック	928-9565	溝 口 内 科	965-6100	博愛産科婦人科	941-8803
くすだ泌尿器科	912-3730	杜 医 院	922-7775	おか内科循環器科	936-8822	明石リハビリテーション病院	941-6161
さえき耳鼻咽喉科	911-8800	朋 クリニック	923-3456	斎藤整形外科	935-3110	塩 澤 医 院	943-5252
奥野消化器内科クリニック	919-6900	永 本 医 院	928-3399	明石医療センター	936-1101	田 中 医 院	942-1941
まついクリニックまつい栄養＆認知症クリニック	915-0031	こ う クリニック	940-8603	三 幸 診 療 所	937-8460	金城耳鼻咽喉科クリニック	943-3387
浜 口 ひ 尿 器 科	911-6030	鍋 嶋 医 院	924-1627	大西脳神経外科病院	938-1238	新 丸 クリニック	943-9090
大西脳神経外科病院附属明石駅前クリニック	911-0024	糖尿病内科むらまえクリニック	915-7102	お く ず み 医 院	947-4003		
よこた内科クリニック	915-0377	やすお脳神経外科クリニック	925-7171			(令和6年●月1日時点)	

明石市指定医療機関（上記）以外で接種する場合

明石市以外の医療機関でも、明石市指定医療機関と同じ流れで接種できる場合があります。

該当の医療機関については、医療機関所在地の各市町の担当課へお問い合わせください。

・加古川市（079-427-9100）・高砂市（079-443-3936）・稲美町（079-492-9138）・播磨町（079-435-2611）

上記以外の市町で接種を希望する場合：明石市保健予防課（078-918-5668）

令和 6 年度 明石市高齢者新型コロナワクチン接種

1 接種対象者(①または②に該当する方)

- ① 満 **65 歳以上**の明石市民
- ② 満 60 歳以上 65 歳未満の明石市民で、心臓、じん臓も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害を有し、当該疾病単独で身体障害者手帳 1 級相当の方
(身体障害者手帳の写し又は医師の診断書が必要)

2 接種期間(期間中 1 回限り)

令和 6 年 10 月 1 日～令和 7 年 1 月 31 日

3 接種費用

3,000 円 (市民税非課税世帯、生活保護受給世帯は無料)



無料対象確認書類	備考	
① 令和 6 年度 介護保険料額決定通知書(1～3 段階)	7 月頃に市から緑色の封筒でご自宅に送付された書類 令和 6 年度の介護保険料段階が 1～3 段階に限り有効	
② 生活保護受給証明書	接種前に担当ケースワーカーへ申込(接種日より 3 か月以内の発行に限り有効)	
③ 明石市新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書	接種前に保健所(下部に問い合わせ先あり)へ「電話」もしくは「右の二次元バーコード」から申込	

4 接種方法

「明石市実施医療機関(裏面)」に直接予約(接種券、介護保険証などの本人確認書類を持参)

※ 市外の医療機関で接種する場合は裏面下部参照

【説明書】予防接種を受ける前に読んでください		
・予防接種を受けることができない方	・予防接種を受ける時に医師と相談が必要な方	
① 明らかに発熱がある方(通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません)	① 臓・腎臓・肝臓・血液疾患や発育障害などの基礎疾患がある方	
② 重篤な急性疾患にかかっている方	② 過去にけいれんを起こしたことがある方	
③ 新型コロナワクチンに含まれる成分に対し重度の過敏症(アナフィラキシーや全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴(ぜいめい)、呼吸困難、気管支炎、低血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状)の既往歴のある方	③ 過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方	
④ その他、医師により接種が不適当な状態と認めた方	④ 過去に予防接種後 2 日以内に発熱や全身性発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた方	
	⑤ 新型コロナワクチンに含まれる成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方	
	⑥ 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障害のある方	
・接種後の注意点	・予防接種の有効性	
① 接種後 15 分以上(過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方などは 30 分以上)、接種した施設で待ち、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること	新型コロナワクチンについては、有効性や安全性が確認された上で薬事承認されており、さらに、国内外で実施された研究などにより、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の入院や死亡等の重症化等を予防する重症化予防効果が認められたと報告されています。	
② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること	詳細は各ワクチンの添付文書で確認することができます。	
③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと		
・予防接種の副反応	・予防接種による健康被害救済制度	
注射部位の痛み、頭痛、関節・筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。ごくまれであるものの、接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例やギラン・バレー症候群が報告されています。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。	定期的予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。	

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通 1 丁目 4-7 あかし保健所 4F
明石市 保健予防課(あかし保健所) TEL 918-5668 FAX 918-5584

令和6年度 明石市高齢者新型コロナワクチン接種 明石市実施医療機関

明 石 地 区	電 話	朝 原 クリニック	917-3838	織 田 クリニック	926-6650	ふじた脳神経内科	946-0050
あ さ ぎ り 病 院	912-7575	たかしな内科小児科クリニック	918-1136	メープル耳鼻咽喉科	921-8880	シーサイドクリニック	948-5731
佐 野 医 院	912-7450	片 平 クリニック	919-2353	日 下 医 院	928-3472	魚 住 地 区	電 話
さかねクリニック	919-0377	花 川 医 院	912-2770	大槻耳鼻咽喉科	924-2033	中山クリニック	935-6060
清水メディカルクリニック	918-3799	さくら内科クリニック	924-7111	かまだクリニック	920-2910	野 木 病 院	947-7272
明 舞 中 央 病 院	917-2020	阪田整形外科リハビリクリニック	926-1118	ふくやま・すこやかクリニック	924-0500	鈴木産婦人科医院	947-4882
吉 田 医 院	917-3336	山 本 内 科	922-8121	関 内 科 医 院	928-5993	平 野 医 院	947-0505
木村産婦人科医院	912-8283	そが内科クリニック	925-0811	さわだ耳鼻咽喉科・アレルギー科	945-6661	戸田内科・脳神経内科	947-5575
阿 部 医 院	913-6370	いまふじ内科クリニック	925-7150	太 久 保 地 区	電 話	しばら整形外科・ポータルクリニック	947-0808
川 原 内 科	912-2060	ふくやま病 院	927-1514	森 本 クリニック	935-2300	今井泌尿器科	946-4114
さかい内科・胃腸科	917-5755	王子回生病院	928-9870	き し クリニック	936-0317	平崎内科循環器科クリニック	959-8326
下村耳鼻咽喉科	918-3033	はら耳鼻咽喉科明石クリニック	921-8733	高 野 内 科	935-7557	正 井 医 院	946-3536
橋本ファミリークリニック	913-7615	あさひ病 院	918-3033	高野耳鼻咽喉科	934-8733	大国クリニック	948-3900
西 山 クリニック	911-6652	日 野 医 院	911-2910	中谷整形外科内科クリニック	934-6100	近藤内科・胃腸科	943-7500
宮田整形外科クリニック	912-2810	藤 本 クリニック	928-9566	おにしクリニック	936-2050	小 山 クリニック	944-0356
明石たかぎ耳鼻咽喉科クリニック	995-8799	たご整形外科・外科	928-6261	浜本整形外科耳鼻咽喉科	935-5011	みんなのクリニック明石	943-3450
江本内科循環器科医院	919-0626	尾 松 医 院	923-1137	すぎもと整形外科クリニック	936-3220	明石仁十病院	942-1921
米 沢 クリニック	919-6400	千 頭 医 院	923-1137	中村整形外科・胃腸科	938-0477	明石同仁病院	942-0305
にしむらクリニック	911-4959	山 本 整 形 外 科	925-0101	きひら耳鼻咽喉科	935-8733	うすい整形外科	943-4725
石 井 病 院	918-1655	藤 井 クリニック	927-1122	さかわ内科クリニック	934-2550	鈴木内科クリニック	942-8811
大 賀 医 院	911-6167	みつだ整形外科	921-1151	神明クリニック	938-1717	二 見 地 区	電 話
う え の 内 科	939-3500	西明石クリニック	922-1100	平林耳鼻咽喉科クリニック	934-4133	ひまわり診療所	941-5725
中 務 医 院	918-2151	ささきクリニック	925-1133	美保・英利内科医院	935-2022	私立二見レディースクリニック	942-1783
あきこレディースクリニック	965-6563	樋 木 医 院	923-9589	おおくま内科胃腸科	936-0051	明石回生病院	942-3555
せいゆうクリニック	912-5151	井上外科胃腸科	922-5599	神 田 病 院	935-9000	繁 田 医 院	942-1004
ひかりクリニック	919-0366	志 岐 クリニック	925-2227	三 田 医 院	935-2468	松田内科クリニック	941-7211
飯 村 医 院	911-3495	明 海 病 院	924-1141	岡 田 医 院	935-8888	太 田 クリニック	949-0388
田 路 医 院	918-1258	室谷整形外科クリニック	928-0233	口 内 科	965-6100	博愛産科婦人科	941-8803
くすだ泌尿器科	912-3730	杜 医 院	922-7775	さか内科循環器科	936-8822	明石リハビリテーション病院	941-6161
さえき耳鼻咽喉科	911-8800	朋 クリニック	923-3456	斎藤整形外科	935-3110	塩 澤 医 院	943-5252
奥野消化器内科クリニック	919-6900	永 本 医 院	928-3399	明石医療センター	936-1101	田 中 医 院	942-1941
まついクリニックまつい栄&認知症クリニック	915-0031	こ う クリニック	940-8603	三 幸 診 療 所	937-8460	金城耳鼻咽喉科クリニック	943-3387
浜 口 ひ 尿 器 科	911-6030	鍋 嶋 医 院	924-1627	大西脳神経外科病院	938-1238	新 丸 クリニック	943-9090
大西脳神経外科病院附属明石駅前クリニック	911-0024	糖尿病内科むうまえクリニック	915-7102	お く ず み 医 院	947-4003		
よこた内科クリニック	915-0377	やすお脳神経外科クリニック	925-7171			(令和6年●月1日時点)	

明石市指定医療機関（上記）以外で接種する場合

明石市以外の医療機関でも、明石市指定医療機関と同じ流れで接種できる場合があります。

該当の医療機関については、医療機関所在地の各市町の担当課へお問い合わせください。

・加古川市（079-427-9100）・高砂市（079-443-3936）・稲美町（079-492-9138）・播磨町（079-435-2611）

上記以外の市町で接種を希望する場合：明石市保健予防課（078-918-5668）

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)

診察前の体温	度	分
--------	---	---

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-
氏 名		性 別 ※いずれかに○	1.男 2.女
住 所			
生年月日	2.大正 3.昭和	年 月 日生	(満 歳)
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の 無償化を行った年度に限り 記入不要です。	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市 高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明書 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限る。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護の受給状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)		

使用ワクチン	実施場所 医師名	※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。	
Lot NO. 接種量 0.5ml	接種年月日	年	月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ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ことがありますか。	はい	いいえ	
過去にインフルエンザ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がありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に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。	はい	いいえ	
病名()	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	
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。	はい	いいえ	
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。
	（医師の署名または記名押印）

インフルエンザ予防接種希望書 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 ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	（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。） 年 月 日 （被接種者署名）
--	--

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(医療機関保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-
氏 名		性 別 ※いずれかに○	1.男 2.女
住 所			
生年月日	2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)		
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の無償化を行った年度に限り記入不要です。	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市 高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険 保険料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度 交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護 受給証明書 接種日より3か月以内に発行したものに限り。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)		

使用ワクチン	実施場所 医師名
Lot NO. 接種量 0.5ml	※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。
	接種年月日 年 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ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。()			
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	
過去にインフルエンザ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がありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に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。	はい	いいえ	
病名()			
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	
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。	はい	いいえ	
病名()			
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。 (医師の署名または記名押印)

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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を(希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
年 月 日 (被接種者署名)
R6
※自署できない場合は、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。

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(本人手渡し用)

氏 名

住 所

生年月日 2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)

使用ワクチン

Lot NO.
接種量 0.5ml

実施場所
医師名

接種年月日 年 月 日



▶ 予防接種を受けた後の一般の注意事項

- ① 接種後、健康管理に注意し、高熱や局所の異常反応など、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること
- ② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること
- ③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと

▶ 副反応が起こった場合

接種部位の赤み・はれ・痛みなどが多くみられる副反応です。また、発熱・悪寒・頭痛・倦怠感が見られることもあります。通常2～3日で消失します。まれですが、アナフィラキシーショック、急性散在性脳脊髄炎等の報告があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

▶ 予防接種による健康被害救済制度

定期の予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。

明石市高齢者新型コロナワクチン接種予診票兼報告書(市町保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-
氏 名		性 別 ※いずれかに○	1.男 2.女
住 所			
生年月日	2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)		
費用区分 ※いずれかに○	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢新型コロナワクチン接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料額決定通知書 ※ 接種券と同一市町村で交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限る。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)		

使用ワクチン	実施場所 医師名	
Lot NO. 接種量 . ml	接種年月日 年 月 日	※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度の新型コロナワクチン接種を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日の新型コロナワクチン接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の新型コロナワクチン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。 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	
過去に新型コロナワクチン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がありますか。	はい	いいえ	
②新型コロナ以外の予防接種の際に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	
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。 (医師の署名または記名押印)

新型コロナワクチン接種希望書 (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 ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 年 月 日 (被接種者署名)
R6
※自署できない場合は、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。

明石市高齢者新型コロナワクチン接種予診票兼報告書(医療機関保存用)

診察前の体温 度 分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	-
氏 名		性 別 ※いずれかに○	1.男 2.女
住 所			
生年月日	2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)		
費用区分 ※いずれかに○	0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢新型コロナワクチン接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いずれかに○ () 明石市 高齢新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険 料額決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護 受給証明書 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限る。 本人及び同一世帯に属する者の 生活保護 受給状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)		

使用ワクチン	実施場所 医師名	
Lot NO. 接種量 . ml	接種年月日 年 月 日	※3枚目の予防接種済証(本人手渡し用)に押印してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度の新型コロナワクチン接種を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	
今日の新型コロナワクチン接種について、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の新型コロナワクチン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。 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	
過去に新型コロナワクチン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がありますか。	はい	いいえ	
②新型コロナ以外の予防接種の際に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	
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。 (医師の署名または記名押印)

新型コロナワクチン接種希望書 (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 ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 年 月 日 (被接種者署名)
R6
※自署できない場合は、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。

氏 名

住 所

生年月日 2.大正 3.昭和 年 月 日生 (満 歳)

使用ワクチン

Lot NO.
接種量 . ml

実施場所
医師名

接種年月日 年 月 日



▶ 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① 接種後15分以上(過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方などは30分以上)接種した施設で待ち、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師に連絡すること
- ② 接種当日は激しい運動や過度の飲酒等は控えること
- ③ 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部位をこすらないこと

▶ 副反応が起こった場合

注射部位の痛み、頭痛、関節・筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。ごくまれであるものの、接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例やギラン・バレー症候群が報告されています。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

▶ 予防接種による健康被害救済制度

定期の予防接種により健康被害(入院相当以上の治療を必要とする程度)が生じた場合、当該予防接種が原因であると厚生労働大臣に認定されると、予防接種法による救済制度が適用され、医療費、医療手当、障害年金、遺族一時金、葬祭料など法律で定められた金額が支給されます。

枚目（全 枚）

【月報】インフルエンザ予防接種実施報告書

（市町控）

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

年 月 日

(6桁)
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

明石市長様
下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		非課税 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り「合計」及び「予診のみ」欄のみ記入する

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者インフルエンザ予防接種費免除報告書（市町保存用）、証明書類（該当する場合）
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト】※提出前にチェックを！

- ☐ 予診票の「本人記載欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- ☐ 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者は65歳以上ですか。
- ☐ 被接種者が満60～65歳未満の者で厚労省令で定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- ☐ 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要



<自己負担免除者の証明書類>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書

枚目 (全 枚)

【月報】インフルエンザ予防接種実施報告書 (医師会控)

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

年 月 日

(6桁)
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

明石市長様
下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		生活保護 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り「合計」及び「予診のみ」欄のみ記入する

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)、証明書類(該当する場合)
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト】※提出前にチェックを！

- ☐ 予診票の「本人記載欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- ☐ 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者は65歳以上ですか。
- ☐ 被接種者が満60～65歳未満の者で厚労省令で定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。※手帳は「対象者」等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- ☐ 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要

<自己負担免除者の証明書類>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書

枚目（全 枚）

【月報】インフルエンザ予防接種実施報告書（医療機関控）

明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町

年 月 日

(6桁)
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

明石市長様
下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		保険 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り「合計」及び「予診のみ」欄のみ記入する

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書（市町保存用）、証明書類（該当する場合）
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト】※提出前にチェックを！

- ☐ 予診票の「本人記載欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- ☐ 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者は65歳以上ですか。
- ☐ 被接種者が満60～65歳未満の者(厚労省令で定める者)の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- ☐ 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要

<自己負担免除者の証明書類>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

年 月 日

(6桁)
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

明石市長様
下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		非課税 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者新型コロナワクチン接種実施報告書（市町保存用）、証明書類（該当する場合）
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト】※提出前にチェックを！

- ☐ 予診票の「本人記載欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- ☐ 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者は65歳以上ですか。
- ☐ 被接種者が満60～65歳未満の者で厚労省が定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- ☐ 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。



<自己負担免除者の証明書類>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

年 月 日

(6桁)
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

明石市長様
下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		非課税 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者新型コロナワクチン接種実施報告書（市町保存用）、証明書類（該当する場合）
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト】※提出前 チェックを！

- ☐ 予診票の「本人記載欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- ☐ 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者は65歳以上ですか。
- ☐ 被接種者が満60～65歳未満の者で厚労省が定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- ☐ 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。



<自己負担免除者の証明書類>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

年 月 日

(6桁)
医療機関
コード

--	--	--	--	--	--

医療機関名

電話

明石市長様
下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月分)

対象者	有料人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予診のみ
		非課税 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満60～65歳未満の 厚労省令で定める者					

1 か月分をまとめて、予防接種を実施した翌月5日までに明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用免除決定通知書 (市町保存用)、証明書類 (該当する場合)
※詳しくは実施要領等をご確認ください。

【報告書提出に係るチェックリスト】 ※提出前にチェック！

- ☐ 予診票の「本人記載欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。
- ☐ 予診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者は65歳以上ですか。
- ☐ 被接種者が満60～65歳未満の者で厚労省令で定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること
- ☐ 被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付(A4コピー)していますか。 また、予診票の「費用区分欄」を記入していますか。



<自己負担免除者の証明書類>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)
- ② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)
- ③ 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書