

電算帳票印刷仕様書

明石市		発注課 保健予防課（疾病予防係）		担当者 松元 内線（ 8028 ）	
帳票名 高齢者带状疱疹予防接種券			納品指定日時 2025年 5月 30日 17時迄		
帳票コード	J	E	8	5	納品場所 あかし保健所
レイアウト変更の有無 ※「有」の場合は、変更箇所が分かるものを添付してください。 ☐ 有 ☐ 無 ☒ 新規 ※新規帳票、出力位置の変更がある場合は、事前に情報管理課と協議してください。					
仕上サイズ（インチ） 1セット（ 3 ）枚・ ☒ 連 縦 13.5 I × 横 9.8/10 i		印刷セット数 25,000 S		折り畳みサイズ（インチ） 縦 13.5 i	
				箱詰単位（セット） 1,000 S	
項 目	枚目	紙 質	紙 厚	台 紙 色	刷色（表面） 刷色（裏面）
用 紙 印 刷	1	上質紙	70 kg	白 色	3 色 1 色
	2		kg	色	色 色
	3		kg	色	色 色
ミ シ ン	縦 1 本 ☐ 左 ☒ 中 ☐ 右			強弱 ☐ 強 ☒ 中 ☐ 弱	
	横 2 本 4.5 インチ毎			強弱 ☐ 強 ☒ 中 ☐ 弱	
	ジャンピングミシン 本 ☐ 縦 ☐ 横			変則横ミシン 本	
ピンホール	シングル（S） ☒ 左 ☐ 中 ☒ 右			ダブル（W） ☐ 左 ☐ 中 ☐ 右	
ホ ー ル カ ッ ト	ファイルホール 中下 4 穴			コーナークット ヶ所	
ちようあい 丁 合	種類	☐ 紙ホッチキス ☐ 糊付け（線糊・点糊）		取付場所 ☐ 左 ☐ 右 ☐ 上 ☐ 下	
減 感 （発色防止）	☐ 有（一部カーボン） ☐ 無（全面カーボン）				
そ の 他	・事前打ち合わせ有 ・校正有 ・両面印刷 ・見本参照 ・色校正有				
納品用紙の箱	・大きさは、高さ：23cm、縦：36cm、横：46cm以下にしてください。 ・様式は、落とし込み蓋式で、内箱は、一面開きとしてください。 ・外箱に「帳票名」、「帳票コード」、「仕上げサイズ」、「発注課」を明記してください。				

- 注1）仕上サイズの横は、6.5～18 インチ、折り畳みサイズの縦は、7～14 インチの範囲にしてください。
 注2）紙厚は 70～135 kg の範囲にしてください。範囲外の帳票を使用して印字かすれ等が発生した場合は、原則、再印刷はできません。
 注3）印刷発注は、納期の最低1ヶ月前までに行ってください。
 注4）帳票納品後は、原本を1部情報管理課に提出してください。

確認押印欄	
(主管課) 課長 保健予防課	(合議課) 課長 情報管理課
	

令和5年度 明石市高齢者肺炎球菌予防接種券

*この接種券は市外に転出したり、有効期限を過ぎると使用できません。

黄着色部分に
宛名等印字予定

带状疱疹予防接種の内容に
後日校正

接種の前に同封のリーフレットおよび下記の説明をよく
お読みのうえ、ご使用ください。

●明石市指定実施医療機関で接種される場合

接種料金：4,000円（ただし、生活保護世帯、市民税非課税
世帯の方は確認書類（※リーフレット参照）を医療機
関に提出することで無料になります。）

接種方法：予防接種を受ける前に、必ず明石市指定実施医療
機関に予約してください。

持参する物：①この予防接種券兼予防接種済証

②同封の予診票

③健康保険証

※無料対象となる方は確認書類

●明石市指定実施医療機関以外で接種を希望する場合

・この接種券は使用できません。

予防接種を受ける場合は、必ず接種券を
医療機関に提出する必要がありますの
でご相談ください。

の医療機関記入欄に

「接種医師名」を記入

★★★お問い合わせ 明石市 保健予防課 TEL.918-5668★★★

明石市高齢者肺炎球菌予防接種済証

住所

氏名

生年月日

【医療機関記入欄】

接種方法（筋肉内 ・ 皮下接種 ）接種量0.5mℓ

予防接種年月日

年

月

日

接種場所・接種医師名

明石市高齢者肺炎球菌予防接種済証

住所

氏名

生年月日

【医療機関記入欄】

接種方法（筋肉内 ・ 皮下接種 ）接種量0.5mℓ

予防接種年月日

年

月

日

接種場所・接種医師名

令和5年度 明石市高齢者肺炎球菌予防接種券

接種券の有効期限

※市外に転出されますと使用できません。

接種対象者

生年月日

自宅の電話番号

整理番号

1

8

種類

B O

修 C

3

回数

1

接種日

5

(和暦)

医コード

費用区分

0：有料

1：市民税非課税世帯

2：生活保護世帯

※費用区分1・2の方は必ず確認種類を添付してください。

ワクチン名（筋肉内・皮下接種）

シングリックス（不活化）

接種量

LOT. No

0.5mℓ

接種場所・接種医師名

令和5年度 明石市高齢者肺炎球菌予防接種券

接種券の有効期限

※市外に転出されますと使用できません。

接種対象者

生年月日

自宅の電話番号

整理番号

1

8

種類

B O

修 C

3

回数

2

接種日

5

(和暦)

医コード

費用区分

0：有料

1：市民税非課税世帯

2：生活保護世帯

※費用区分1・2の方は必ず確認種類を添付してください。

ワクチン名（筋肉内・皮下接種）

シングリックス（不活化）

接種量

LOT. No

0.5mℓ

接種場所・接種医師名

C141568A1-09-CC-Z

C141568A1-09-CC-Z

JE82 R5.3 70k.91×9.8 15,000

JE82 R5.3 70k.91×9.8 15,000

【予防接種を受ける時に注意が必要な方】

健康状態及び体質を勘案し、次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種前に担当医師にご相談ください。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患のある方
2. 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状が出たことがある方
3. 過去にけいれんを起こしたことがある方
4. 過去に免疫不全の診断がなされている方、及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
5. 肺炎球菌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

【他のワクチンとの同時接種】

医師が必要と認めるときは、他のワクチンと同時に接種することができます。

【予防接種を受けることができない方】

次のいずれかに該当すると認められる場合には、予防接種を受けることができません。

1. 明らかに発熱のある方(体温が37.5度を超える場合)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. 肺炎球菌ワクチンに含まれる成分によって、以前にアナフィラキシーを起こしたことがある方
4. 上記に掲げる方のほか、担当医師が予防接種を行うことが不適当な状態にあると判断した方

帯状疱疹予防接種の内容に
後日校正

【接種後の注意】

1. 接種当日は激しい運動を避けてください。
2. 接種当日の入浴は差し支えありません。ただし注射したところをこすらないでください。
3. 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します。
4. 接種後は自らの健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、ただちに医師の診察を受けてください。

【接種後の注意】

1. 接種当日は激しい運動を避けてください。
2. 接種当日の入浴は差し支えありません。ただし注射したところをこすらないでください。
3. 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します。
4. 接種後は自らの健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、ただちに医師の診察を受けてください。