

明石市带状疱疹予防接種券等作成・封入封緘業務等委託仕様書

1 委託業務の内容

- (1) ①带状疱疹予防接種券（連続帳票）、②带状疱疹リーフレット、③带状疱疹予診票、④窓あき封筒、⑤肺炎球菌予防接種券、⑥肺炎球菌リーフレット、⑦肺炎球菌予診票、⑧带状疱疹実施報告書を作成する。
- (2) ①带状疱疹予防接種券（連続帳票）に明石市から受け取ったデータを基に印字し、分割及び三つ折り処理する。
- (3) 上記(2)の帳票1件ごとに、三つ折りした②带状疱疹リーフレット・③带状疱疹予診票（2枚）とあわせて、④窓あき封筒に封入及び封緘する。

2 作成帳票類

別紙印刷仕様書のとおり

3 印字・封入封緘作業日程

- (1) 明石市は、令和8年3月2日までに、①带状疱疹予防接種券に必要事項を印字するためのテストデータ（PDF）を受託者に受け渡し、受託者は印字テストを行う。
- (2) 印字テスト完了後、明石市は带状疱疹予防接種券に必要事項を印字するための本番データ（PDF）を受託者に受け渡す。
- (3) 受託者は、受け取ったデータを基に①带状疱疹予防接種券に印字のうえ、②带状疱疹リーフレット・③带状疱疹予診票（2枚）とあわせて、④窓あき封筒に封入及び封緘し、令和8年3月31日午前中に指定の場所に納品を行う。このとき、左記（①②③④）の未使用分についてもあわせて納品を行う。その他印刷物（⑤⑥⑦⑧）については、令和8年3月6日に保健予防課に納品を行う。
※ 日程は現段階の予定であり、落札後に明石市と受託者で日程の調整を行う。

4 留意事項

- (1) 窓あき封筒の窓部分に宛名欄が表示されるように封入すること。
- (2) 封入封緘方法は問わない。ただし、しっかりと封緘すること。
- (3) 納品について
 - ① 带状疱疹予防接種券の印字順に整理して納品する。
 - ② 50部ごとに輪ゴムでかつ束する。
 - ③ 带状疱疹予防接種券の出力枚数と、封入した枚数が同等であることを確認すること。
 - ④ 連続帳票に汚損または破損が生じた場合、受託者は保健予防課に対しその現物を返還すること。
 - ⑤ 納品の際には、郵便発送用の整理梱包するダンボール箱を受託者が用意し、それに郵便区分（明石郵便局分〔〒673〕、明石西郵便局分〔〒674〕、市外分）ごとに梱包すること。（市外分については、封筒でも可。）また、明石市が受託者に提出する差出表（指定様式）を作成すること。
 - ⑥ 郵便発送用のダンボール箱等には、郵便区分及び带状疱疹予防接種券の帳票連番（始め～終り）を記載すること。
 - ⑦ 封入物の受渡場所及び納品場所は、郵便区分に該当する郵便局に（保健予防課職員が立会い）、市外分及び未使用帳票については保健予防課（あかし保健所）とする。
 - ⑧ 封入物の受取及び納品は、受託者が責任を持って行うこと。
 - ⑨ 個人情報保護のため、封入封緘作業を行う工場の所在地についても、出来る限り近隣地であること。危険回避の観点から、製品等の運搬については原則として受託者が責任を持って行うこと。

5 遵守事項

受託業者は、本仕様書及び個人情報保護法、明石市契約規則、関係法令を遵守すること。

6 その他

この仕様書に規定されていない事項については、明石市と受託者が協議して決めるものとする。

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 正井 内線（ 8059 ）		
帳票名 ①高齢者带状疱疹予防接種券			納品指定日時 2026年 3月 31日 午前中			
帳票コード		J	E	8	5	納品場所 あかし保健所及び郵便区分に該当する郵便局
レイアウト変更の有無 ☐ 有 ☒ 無 ☐ 新規 ※「有」の場合は、変更箇所が分かるものを添付してください。 ※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 21,000 S		折り畳みサイズ（インチ） 縦 13.5 i		箱詰単位（セツ） 1,000 S
項 目	枚目	紙 質	紙 厚	台 紙 色	刷色（表面）	刷色（裏面）
用 紙 刷 印	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 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			コーナーカット ヶ所		
ちょうあい 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	(合議課) 課長

令和7年度 明石市高齢者带状疱疹予防接種券

* 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。

明石市

●明石市指定実施医療機関で接種される場合

- 接種料金：ピケン 4,000円（1回接種）
シングリックス 1回11,000円（2回接種）
（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マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類
※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。
- ・予防接種実施依頼書等の交付を受けることが必要となりますの
で、接種の2週間前までに必ず保健予防課にご相談ください。

◎医療機関へのお願い

下の明石市高齢者带状疱疹予防接種済証の医療機関記入欄に
「ワクチンロット番号、接種方法、予防接種年月日、接種場所、
接種医師名」を記入の上、切り取らずに本人にお渡しください。

★★★お問い合わせ 明石市 保健予防課 TEL.918-5668★★★

明石市高齢者带状疱疹予防接種済証
〔ピケンまたはシングリックス1回目〕

住所

氏名

生年月日

【医療機関記入欄】

ワクチンロット番号	接種方法（いずれかに○）		接種量
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	皮下注射 (ピケン)	0.5 ml

予防接種年月日 年 月 日

接種場所・接種医師名

明石市高齢者带状疱疹予防接種済証
〔シングリックス2回目〕※ピケン接種の場合は使用できません。

住所

氏名

生年月日

【医療機関記入欄】

ワクチンロット番号	接種方法	接種量
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射 (シングリックス)	0.5 ml

予防接種年月日 年 月 日

接種場所・接種医師名

令和7年度 明石市高齢者带状疱疹予防接種券
〔ピケンまたはシングリックス1回目〕

接種券の有効期限

※シングリックスを接種する場合、通常2か月の間隔をあけて2回接種が必要です。
年度内に接種完了するよう、12月頃までに1回目の接種を済ませてください。

接種対象者

生年月日 電話番号

整理番号 1 8 種類 D 4 修 C 3

回 数 1 接種日 (和暦) 5

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 Lot No.	接種方法（いずれかに○）		接種場所・接種医師名
	筋肉内注射 (シングリックス)	皮下注射 (ピケン)	

令和7年度 明石市高齢者带状疱疹予防接種券
〔シングリックス2回目〕

接種券の有効期限

※ピケン接種の場合は使用できません。
また、1回目から2か月以上の接種間隔があるか、必ずご確認ください。

接種対象者

生年月日 電話番号

整理番号 1 8 種類 D 4 修 C 3

回 数 2 接種日 (和暦) 5

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 Lot No.	接種量 0.5 ml	接種方法	接種場所・接種医師名
		筋肉内注射 (シングリックス)	

接種間隔 1回目から2か月以上経過しているまたは医師の判断により1か月以上に短縮する ☐

JE82 R63 70k91×9.8 5.000

C250627A1-00-CC-G

24(7≒10%) K 2025.4.16

【带状疱疹ワクチンとは】

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大微研：乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）、不活化ワクチン（GSK社：シングリックス）の2種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なっていますが、いずれのワクチンも、带状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められています。

	生ワクチン（ビケン）	不活化ワクチン（シングリックス）
接種回数（接種方法）	1回（皮下に接種）	2回（筋肉内に接種）
接種スケジュール	－	通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種 ※病気や治療により、免疫の機能が低下したまたは低下する可能性がある方等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を1か月まで短縮できます。
接種できない方	病気や治療によって、免疫が低下している方は接種出来ません。	免疫の状態に関わらず接種可能です。
接種に注意が必要な方	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後6か月以上置いて接種してください。	筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方は注意が必要です。

その他に、接種前に発熱を呈している方、重篤な急性疾患にかかっている方、それぞれの予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある方等はいずれのワクチンも接種できません。

また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方、予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、けいれんを起こしたことがある方、免疫不全と診断されている方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方、带状疱疹ワクチン（生ワクチン、不活化ワクチン）の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方等はいずれのワクチンについても接種に注意が必要です。

【他のワクチンとの同時接種・接種間隔】

いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、生ワクチン（ビケン）については、他の生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種してください。

【接種を受けた後の注意点】

ワクチンの接種後30分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。

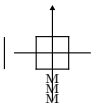
注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありません。

当日の激しい運動は控えるようにしてください。

【生ワクチン（ビケン）を接種された方】

ビケンの接種回数は1回限りとなります。

シングリックス2回目の予防接種券は使用できませんのでご了承ください。



品 名		発注課	保健予防課	担当者	正井
②高齢者带状疱疹予防接種 リーフレット		連絡先	(0 7 8) 9 1 8 - 5 6 6 8		
		数 量	2 1 , 0 0 0 部		
納品場所	あかし保健所及び郵便区分に該当する郵便局		納 期	2 0 2 6 年 3 月 3 1 日 午前中	
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(3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				
	□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 ____ 5 5 ____ 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				
	※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				
	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				
	落札後の事前打合せ ■必要 □不要 校 正 ■必要 最低 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（印刷内容修正予定あり、後日連絡） ・50部毎にわかるように梱包 ・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。				

令和7年度 明石市高齢者带状疱疹予防接種について

令和7年4月より高齢者を対象とした2種類の带状疱疹ワクチンが定期接種となりました。
このご案内は今年度、定期接種の対象となる方へお送りしておりますので、接種を希望される方は本書及び同封の
予防接種券の内容をよくお読みのうえ、接種期間内に受けましょう。

接種期間 予防接種券が届いてから**令和8年3月31日まで**

対象者 次の①または②に該当する明石市民

①下記の生年月日に該当する方



令和8年3月31日時点の年齢	生年月日
65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日
70歳	昭和30年4月2日～昭和31年4月1日
75歳	昭和25年4月2日～昭和26年4月1日
80歳	昭和20年4月2日～昭和21年4月1日
85歳	昭和15年4月2日～昭和16年4月1日
90歳	昭和10年4月2日～昭和11年4月1日
95歳	昭和5年4月2日～昭和6年4月1日
100歳以上	～大正15年4月1日

②接種時点60～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり、
日常生活がほとんど不可能(身体障害者手帳1級相当)な方

※②の対象となる方は、事前に保健予防課へ予防接種券の交付申請が必要です。
交付申請時に身体障害者手帳の写しまたは医師の診断書が必要です。

助成内容

ワクチンの種類	ビケン(阪大微研) ※生ワクチン	シングリックス(GSK社) ※不活化(組換え)ワクチン
	4,000円	11,000円/回
接種費用 ※明石市の指定医療機関同封の予診票の裏面参照で接種する場合	生活保護世帯、市民税非課税世帯に該当する方は、次のいずれかの書類を指定医療機関に提出することで無料になります。後からの返金はできませんので、必ず接種当日に書類をご提出ください。	
	無料対象確認書類	注意点
	①明石市高齢者带状疱疹予防接種費用にかかる免除決定通知書	・事前に保健予防課へお申し込みください。 ※電話、窓口、右の二次元コードから申し込み可。 
	②生活保護受給証明書	・事前に担当ケースワーカーへお申し込みください。 ・接種日より3か月以内に発行したものに限り有効。
接種(助成)回数	1回	③令和7年度介護保険料の納入通知書(介護保険料額決定通知書) ・毎年7月頃に65歳以上の方へ市から送付される書類です。 ・介護保険料段階が1～3段階のものに限り有効。 ・7月末日までに接種する場合は前年度分でも可。
		2回 (原則2か月の間隔が必要)

お問い合わせ

明石市保健予防課

電話 078-918-5668 FAX 078-918-5584

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4番地の7 あかし保健所内

裏面も必ずご確認ください

接種のながれ

明石市指定医療機関で接種する場合 (同封の予診票の裏面参照)

- (1) 医療機関に予約をしてください。
- (2) 当日、次の書類すべてと接種費用を持参し、予防接種を受けてください。
 - ①同封の予防接種券
※切り取らずにお持ちください。
 - ②同封の予診票
 - ③マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類
 - ④生活保護世帯、市民税非課税世帯に該当する方は確認書類

明石市指定医療機関以外で接種する場合

- (1) 必ず接種予定日の2週間以上前に、予防接種実施依頼書等を保健予防課へお申し込みください。
※電話、窓口、
右の二次元コードから
申し込み可。
- (2) 保健予防課より予防接種実施依頼書等を受け取り、予防接種を受けてください。
※接種費用は医療機関により異なります。



***兵庫県内の一部の医療機関では、明石市指定医療機関と同じなが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へお問い合わせください。

加古川市地域医療課(079-427-9100) 高砂市健康増進課(079-443-3936)

稲美町健康福祉課(079-492-9138) 播磨町健康福祉課(079-435-2611)

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

ワクチンの予防効果

経過時点	ビケン(阪大微研) ※生ワクチン	シングリックス(GSK社) ※不活化(組換え)ワクチン
接種後1年	6割程度の予防効果	9割以上の予防効果
接種後5年	4割程度の予防効果	9割程度の予防効果
接種後10年	研究報告がまだありません	7割程度の予防効果

※合併症の一つである、帯状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後3年時点で、生ワクチンは6割程度、不活化ワクチンは9割以上と報告されています。

ワクチンの副反応

以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、不活化(組換え)ワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。ご不明な点があれば接種前に医師にご相談ください。

また、接種後に気になる症状が現れた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	ビケン(阪大微研) ※生ワクチン	シングリックス(GSK社) ※不活化(組換え)ワクチン
70%以上	—	疼痛*
30%以上	発赤*	発赤*、筋肉痛、疲労
10%以上	そう痒感*、熱感*、腫脹*、疼痛*、硬結*	頭痛、腫脹*、悪寒、発熱、胃腸症状
1%以上	発疹、倦怠感	そう痒感*、倦怠感、その他の疼痛

*ワクチンを接種した部位の症状 各社の添付文書より厚生労働省にて作成

予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、入院を要する程度の治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合は、予防接種法に基づき、健康被害の程度等に応じ医療費、医療手当、障害年金、死亡一時金等の給付金を受けることができます。

その他、詳しくは

明石市 带状疱疹ワクチン接種

検索

または右の二次元コードから

明石市ホームページ「带状疱疹ワクチン接種」をご確認ください。



品 名		発注課	保健予防課	担当者	正井
③高齢者带状疱疹予防接種 予診票兼医療機関一覧表		連絡先	(0 7 8) 9 1 8 - 5 6 6 8		
		数 量	4 2 , 0 0 0 部		
納品場所	あかし保健所及び郵便区分に該当する郵便局	納 期	2 0 2 6 年 3 月 3 1 日		
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(3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 □				
	□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 5 5 kg □				
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				
	※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、 黒 色、 青 色				
	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				
	落札後の事前打合せ ■必要 □不要 校 正 ■必要 最低 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 (P D F)) その他 ・見本のとおり（印刷内容修正予定あり、後日連絡） ・50部毎にわかるように梱包 ・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。				

明石市高齢者帯状疱疹予防接種予診票

				診察前の体温		度		分	
住 所									
氏 名				電 話		— —		男 ・ 女	
生年月日		大正 ・ 昭和		年		月		日生 (満 歳)	

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ	
【今回の接種が2回目以降の場合】 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注) ワクチンの種類は1.シングリックス (不活化ワクチン)、2.ビケン (生ワクチン)、3.その他 のうち、いずれか一つを○で囲んでください。		1.シングリックス 2.ビケン 3.その他 年 月 日		☐ チェック必須 ※1回目から2カ月以上経過しているまたは医師の判断により1カ月以上に短縮する。
今日の帯状疱疹の予防接種について明石市から配られている説明書を読み、予防接種の効果や副反応など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	
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 ()		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カ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。		はい	いいえ	
最近1カ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カ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、説明した。
	医師署名又は記名押印

使用ワクチン		接種方法		実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	接種量 0.5 ml	筋肉内注射 (シングリックス)	皮下注射 (ビケン)	実 施 場 所	年 月 日
Lot No.				医 師 名	
				接種年月日	

帯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、本予診票が明石市に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

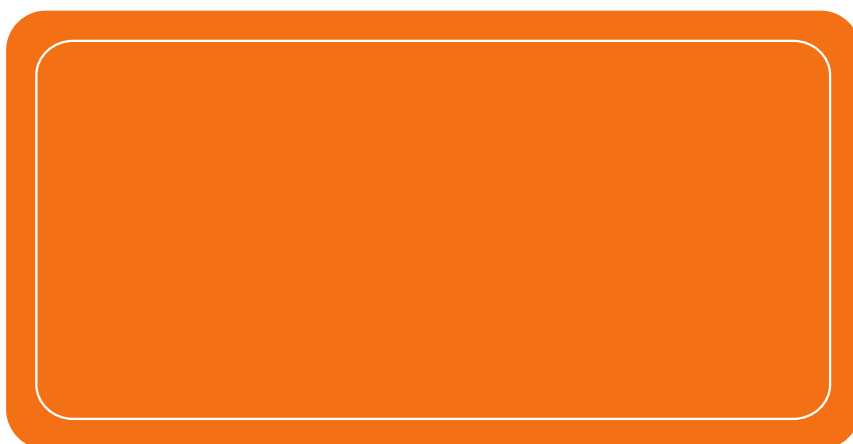
高齢者带状疱疹予防接種 明石市指定医療機関

地区	ビケン(生)・シングリックス(不活化) 両方取扱あり	電 話		藤 本 ク リ ニ ッ ク	928-9566		近 藤 内 科・胃 腸 科	943-7500
明 石	あ さ ぎ り 病 院	912-7575	明 石	尾 松 医 院	923-6737	魚 住	鈴 木 内 科 クリニック	942-8811
	さ か ね ク リ ニ ッ ク	919-0377		千 頭 医 院	922-2403		正 井 医 院	946-3536
	佐 野 医 院	912-7450		藤 井 ク リ ニ ッ ク	927-5522		大 国 ク リ ニ ッ ク	948-3900
	清 水 メディカルクリニック	918-3799		山 本 整 形 外 科	925-5001		私立二見レディースクリニック	942-1783
	明 舞 中 央 病 院	917-2020		井 上 外 科 胃 腸 科	922-3595	二 見	ひ ま わ り 診 療 所	941-5725
	吉 田 医 院	917-3336		さ さ き ク リ ニ ッ ク	925-7333		明 石 回 生 病 院	942-3555
	木 村 産 婦 人 科 医 院	912-8283		竹 田 内 科 クリニック	921-5151		太 田 ク リ ニ ッ ク	949-0388
	阿 部 医 院	913-6370		西 明 石 クリニック	922-5510		博 愛 産 科 婦 人 科	941-8803
	川 原 内 科	912-2060		西 明 石 佐 々 木 皮 膚 科	939-7570		新 丸 ク リ ニ ッ ク	943-9090
	西 山 ク リ ニ ッ ク	911-6652		櫛 木 医 院	923-9589	地区	ビケン(生)のみ 取扱あり	電 話
	橋 本 ファミリークリニック	913-7615		米 田 ク リ ニ ッ ク	925-2227	明 石	さ か い 内 科・胃 腸 科	917-5755
	江 本 内 科 循 環 器 科 医 院	919-0626		明 海 病 院	922-8800		ひ か り ク リ ニ ッ ク	919-0366
	に し む ら クリニック	911-4959		こ う ク リ ニ ッ ク	940-8603		あ さ ひ 病 院	924-1111
	石 井 病 院	918-1655		朋 ク リ ニ ッ ク	923-3456		日 下 医 院	928-3472
	う え の 内 科	939-3500		永 本 医 院	928-3399	大 久 保	中 谷 整 形 外 科・内 科 クリニック	934-6100
	あ き こ レディースクリニック	965-6563		織 田 ク リ ニ ッ ク	926-6650		神 明 病 院	935-9000
	中 務 医 院	918-2151		か ま だ クリニック	920-2910		三 幸 診 療 所	937-8460
	田 路 医 院	918-1258		関 内 科 医 院	928-5993		中 山 ク リ ニ ッ ク	935-6060
	飯 村 医 院	911-3495		ふ く や ま・す こ や か クリニック	924-0500	魚 住	鈴 木 産 婦 人 科 医 院	947-4882
	奥 野 消 化 器 内 科 クリニック	919-6900		高 野 内 科	935-7557		平 野 医 院	947-0505
	さ え き 耳 鼻 咽 喉 科	911-8800		た な か 内 科 クリニック	935-1181	地区	シングリックス(不活化)のみ 取扱あり	電 話
	朝 原 ク リ ニ ッ ク	917-3838	大 久 保	神 明 ク リ ニ ッ ク	938-1717	明 石	浜 口 ひ 尿 器 科	911-6030
	よ こ た 内 科 クリニック	915-0377		て い ク リ ニ ッ ク	936-4145		王 子 ク リ ニ ッ ク	924-1221
	熊 谷 皮 フ 科	913-0250		中 村 クリニック外科・胃腸科	938-0477		そ う の ク リ ニ ッ ク	926-1585
	花 川 医 院	912-2770		ま え か わ 内 科 クリニック	934-2550		吉 見 皮 フ 科	928-4649
	明 石 市 立 市 民 病 院	912-2323		お お く ま 内 科 胃 腸 科	936-0051		室 谷 整 形 外 科 クリニック	928-0233
	さ く ら い 内 科 クリニック	924-7111		美 保・英 利 内 科 医 院	935-2022		杜 医 院	922-7775
	阪 田 整 形 外 科 リ ハ ビ リ クリニック	926-1118		ゆ か 皮 フ 科 クリニック	915-8400		あ ん ど う 消 化 器 内 科 I B D クリニック	926-0331
	山 本 内 科	922-8121		江 井 島 病 院	947-5311	大 久 保	お か 内 科 循 環 器 科	936-8822
	い ま ふ じ 内 科 クリニック	925-7150		お く ず み 医 院	947-4003		ゆ り の き 内 科	938-0500
	ふ く や ま 病 院	927-1514		シ ー サ イ ド クリニック	948-5731		き よ し ク リ ニ ッ ク	936-0317
	王 子 回 生 病 院	928-9870		ふ じ た 脳 神 経 内 科	946-0050		岡 医 院	935-8888
	片 平 ク リ ニ ッ ク	919-2353	魚 住	野 木 病 院	947-7211	魚 住	み ん な の クリニック 明 石	943-3450
	た か し な 内 科 小 児 科 クリニック	918-1136		戸 田 内 科・脳 神 経 内 科	947-5575		明 石 同 仁 病 院	942-0305
	日 野 医 院	911-2910		平 崎 内 科 循 環 器 科 クリニック	959-8326		し ば は ら 整 形 外 科 ス ポ ー ツ 関 節 クリニック	947-0808
	糖 尿 病 内 科 む ら ま え クリニック	915-7102		明 石 仁 十 病 院	942-1921		繁 田 医 院	942-1004
	や す お 脳 神 経 外 科 クリニック	925-7171		小 山 ク リ ニ ッ ク	944-0356	二見		

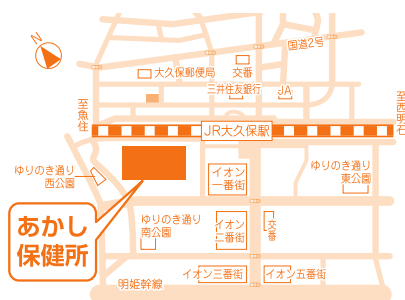
R7.5 時点

- ※ やむを得ない事情で指定医療機関が一部変更する場合がありますので、必ず電話でご確認ください。
- ※ 医療機関によって、かかりつけとなっている患者さんのみの受付になる場合があります。

印 刷 仕 様 書					
品 名		発注課	保健予防課	担当者	正井
④送付用窓あき封筒		連絡先	(078)918-5668		
		数 量	18,000枚		
納品場所	あかし保健所及び郵便区分に該当する郵便局		納 期	2026年3月31日	
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__版 □B__版 □その他____mm×____mm □タブロイド版____項____ツ折り				
	封筒 ■長_3_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				
	□再生紙____kg ____% 再生紙使用マーク □あり □なし ■その他 ※ 片晒クラフト 紙____白 色____75.5 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				
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				
刷色	■1 色 □黒 □赤 □青 ■その他_橙_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____1____回 □不要 色校正 ■必要____1____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				
	・ 封をする部分ののりは、受託者が封緘作業できるものであれば種類は問わない。(アラビア糊等) ・ 内かます ・ 1箱1,000枚入り ・ 再生可能エコ窓使用(郵便バーコード読取可能な透過性を必ず確保すること。) ・ 箱の側面に1部見本を貼付し、納品年月と部数を表記すること。 ・ 著作権は明石市に帰属すること。 ・ 納品時に印刷データ(イラストレーターで使用可)も納品すること。				



郵便区内特別



あかし保健所(保健予防課)

〒674-0068

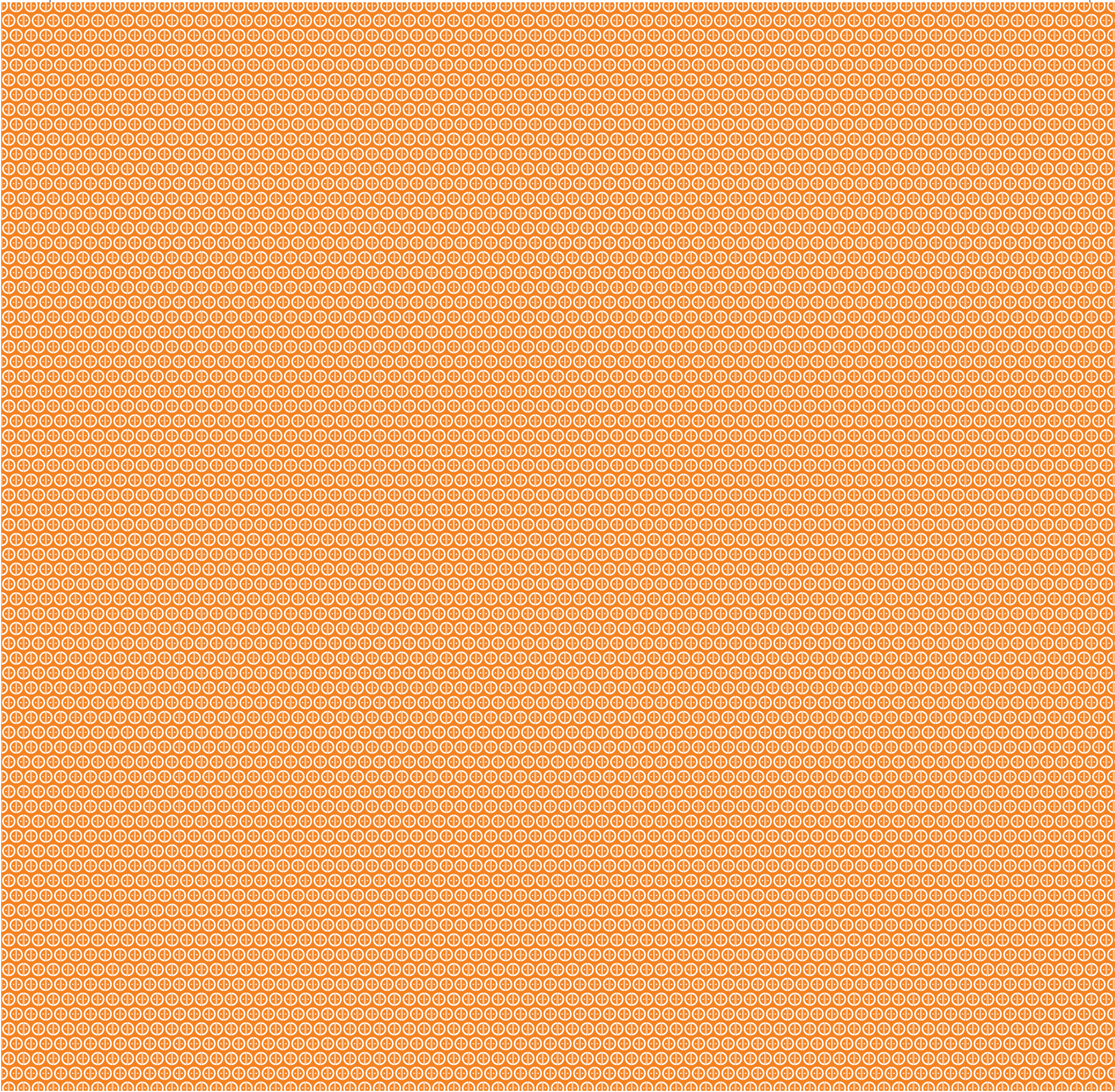
明石市大久保町ゆりのき通1丁目4番地の7

TEL (078) 918 - 5668

FAX (078) 918 - 5584

※番号のお間違いにご注意ください。





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 正井 内線（ 8028 ）	
帳票名 ⑤ 高齢者肺炎球菌予防接種券			納品指定日 2026年 3月 6日		
帳票コード	J	E	8	2	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（ 2 ）枚・ ☒ 連 縦 9 i × 横 9.8/10 i		印刷セット数 8,000 S		折り畳みサイズ（インチ） 縦 9 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 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 中上 2 穴			コーナーカット ヶ所	
ちょうあい 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	（合議課）課長

明石市高齢者肺炎球菌予防接種券

* 予防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。

明石市

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

●明石市指定医療機関で接種する場合

接種費用：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、必ず明石市指定医療機関に予約してください。

- 持参する物：①予防接種券 ※切り取らずにお持ちください。
②同封の予診票
③マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類
④無料対象となる方は確認書類

●明石市指定医療機関以外で接種する場合

- ・ 予防接種券は使用できません。
- ・ 予防接種実施依頼書等が必要となりますので、接種の2週間以上前に必ず保健予防課にご相談ください。

◎医療機関へのお願い

右の明石市高齢者肺炎球菌予防接種済証の医療機関記入欄に「接種方法、予防接種年月日、接種場所、接種医師名」を記入の上、本人にお渡ししてください。

★★★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券

有効期限(接種期間)

※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(和暦)

5

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）

接種場所・接種医師名

接種量

LOT. No

0.5ml

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

JE82 R73 704.9i×98 4,000

2025.2.26

K C240376A1-01-CC-E

11 3(10%)

【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

【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うけてください。

【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

【他のワクチンとの接種間隔】

1. 医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができます。
2. 接種間隔は予防接種法の改正等により変更する場合があります。

印 刷 仕 様 書					
品 名		発注課	保健予防課	担当者	正井
⑥ 高齢者肺炎球菌予防接種 リーフレット		連絡先	(078) 918-5668		
		数 量	8,000部		
納品場所	あかし保健所	納 期	2026年 3月 6日		
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(3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				
	☐ 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____55____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				
	※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 (<u>2</u> ・3・4) 色、 <u>黒</u> 色、 <u>赤</u> 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				
	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（印刷内容修正予定あり、後日連絡） ・三つ折りのうえ、50部毎にわかるように梱包 ・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。				

明石市 高齢者肺炎球菌予防接種(定期接種)について

高齢者肺炎球菌予防接種券をお送りいたします。ご案内は生涯に1回のみとなりますので、予防接種を希望する方は、このリーフレット及び同封の予防接種券の内容をよくお読みのうえ、接種期間内に受けましょう。

接種期間

予防接種券に記載の1年間(対象者の誕生日等により異なります。)



対象者

次のいずれかに該当し、過去に肺炎球菌ワクチン(23 価)を接種したことがない明石市民

- ①満 65 歳の方
 - ②満 60 歳以上 65 歳未満で心臓、腎臓、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の障害を有し、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または医師の診断書が必要)
- ※②の対象となる方は、事前に保健予防課へ予防接種券の交付申請が必要です。

接種費用(1人1回限り)

4,000 円 明石市指定医療機関(同封の予診票の裏面参照)で接種する場合

※生活保護世帯、市民税非課税世帯に該当する方は、次のいずれかの確認書類を明石市指定医療機関に提出することで無料になります。後からの返金はできませんので、必ず接種当日に書類をご提出ください。

無料対象確認書類	注意点
①明石市高齢者肺炎球菌予防接種費用にかかる免除決定通知書	・ <u>事前に保健予防課へお申し込みください。</u> ※電話、窓口、右の二次元コードから申し込み可。 
②生活保護受給証明書	・ <u>事前に担当ケースワーカーへお申し込みください。</u> ・ <u>接種日より3か月以内に発行したものに限り有効。</u>
③介護保険料の納入通知書(介護保険料額決定通知書)	・毎年 7 月頃に 65 歳以上の方へ市から送付される書類です。 ・ <u>介護保険料段階が1～3段階のものに限り有効。</u> ・ <u>接種日と同一年度の賦課情報のものに限り有効。</u> ※4～7月に接種する場合は前年度分でも可。 ・冬季のインフルエンザ予防接種の際にも確認書類として使用できますので、写しを提出し、原本は保管してください。

裏面も必ずご確認ください

お問い合わせ

明石市保健予防課 電話 078-918-5668 FAX 078-918-5584

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4番地の7 あかし保健所内

接種のながれ

明石市指定医療機関で接種する場合 (同封の予診票の裏面参照)

- (1) 医療機関に予約をしてください。
- (2) 当日、次の書類すべてと接種費用を持参し、予防接種を受けてください。
 - ①同封の予防接種券
※切り取らずにお持ちください。
 - ②同封の予診票
 - ③マイナ保険証または資格確認書等の本人確認書類
 - ④生活保護世帯、市民税非課税世帯に該当する方は確認書類

明石市指定医療機関以外で接種する場合

- (1) 必ず接種予定日の2週間以上前に、予防接種実施依頼書等を保健予防課へお申し込みください。
※電話、窓口、
右の二次元コードから
申し込み可。
- (2) 保健予防課より予防接種実施依頼書等を受け取り、予防接種を受けてください。
※接種費用は医療機関により異なります。

***兵庫県内の一部の医療機関では、明石市指定医療機関と同じなが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へお問い合わせください。

加古川市地域医療課(079-427-9100) 高砂市健康増進課(079-443-3936)

稲美町健康福祉課(079-492-9138) 播磨町健康福祉課(079-435-2611)

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

肺炎球菌ワクチン(23 価)の有効性

このワクチンは肺炎球菌が原因で起こる肺炎をはじめとする感染症を予防します。また、感染してしまった場合にもその重症化を防ぎます。(全ての肺炎を予防するものではありません。)

なお、ワクチンの成分が原因で、肺炎球菌による感染症を引き起こすことはありません。

接種してから免疫(抗体)ができるまで、平均で3週間ほどかかり、1回の接種で5年以上の免疫が持続すると言われています。

肺炎球菌ワクチン(23 価)の副反応

接種後の注射部位の痛み、腫れ、熱感、発赤が現れることがあります。また、筋肉痛、倦怠感、違和感、悪寒、頭痛、発熱等の症状が現れることがありますがいずれも2～3日で治まります。

その他、まれに、じんましんや呼吸困難などが現れることがあります。ご不安な点があれば接種前に医師にご相談ください。

予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、入院を要する程度の治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づき、健康被害の程度等に応じ医療費、医療手当、障害年金、死亡一時金等の給付金を受けることができます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因によるものなのか等の因果関係を予防接種・感染症医療・法律等各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

印刷仕様書					
品名		発注課	保健予防課	担当者	正井
⑦ 高齢者肺炎球菌予防接種 予診票兼医療機関一覧表		連絡先	(078) 918-5668		
		数量	8,000部		
納品場所	あかし保健所	納期	2026年 3月 6日		
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(3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 _____白 _____色 55 _____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、 _____黒 _____色、 _____赤 _____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（印刷内容修正予定あり、後日連絡） ・三つ折りのうえ、50部毎にわかるように梱包 ・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。				

明石市高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

		診察前の体温		度	分
住 所					
氏 名		電 話	—	—	男・女
生年月日	大正・昭和	年	月	日生	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について明石市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
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。	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	
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 カ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。	はい	いいえ	
最近1 カ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。 医師署名又は記名押印
-------	---

使用ワクチン	接種経過	実施場所・医師名・接種年月日
23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン Lot No.	筋肉内・皮下 0.5ml	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 年 月 日

高齢者肺炎球菌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、本予診票が明石市に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者肺炎球菌予防接種 明石市指定医療機関

明石地区	電話	そが内科クリニック	925-0811	辻 医 院	935-2468
佐野 医 院	912-7450	千 頭 医 院	922-2403	岡 医 院	935-8888
さかねクリニック	919-0377	尾 松 医 院	923-6737	溝 口 内 科	965-6100
清水メディカルクリニック	918-3799	あ さ ひ 病 院	924-1111	明石医療センター	936-1101
明舞中央病院	917-2020	日 下 医 院	928-3472	三 幸 診 療 所	937-8460
吉 田 医 院	917-3336	西明石クリニック	922-5510	お く ず み 医 院	947-4003
木村産婦人科医院	912-8283	さ さ き ク リ ニ ッ ク	925-7333	ふじた脳神経内科	946-0050
あさぎり病院	912-7575	櫛 木 医 院	923-9589	シーサイドクリニック	948-5731
川 原 内 科	912-2060	井 上 外 科 胃 腸 科	922-3595	中村クリニック外科・胃腸科	938-0477
橋本ファミリークリニック	913-7615	み つ だ 整 形 外 科	921-5551	ゆ り の き 内 科	938-0500
さかい内科・胃腸科	917-5755	竹田内科クリニック	921-5151	神 明 ク リ ニ ッ ク	938-1717
西山クリニック	911-6652	米 田 ク リ ニ ッ ク	925-2227	まえかわ内科クリニック	934-2550
米沢クリニック	919-6400	藤 本 ク リ ニ ッ ク	928-9566	魚住地区	電話
阿 部 医 院	913-6370	か ま だ ク リ ニ ッ ク	920-2910	中 山 ク リ ニ ッ ク	935-6060
江本内科循環器科医院	919-0626	糖尿病内科むらまえクリニック	915-7102	野 木 病 院	947-7272
宮田整形外科クリニック	912-2810	やすお脳神経外科クリニック	925-7171	末 広 内 科	946-0480
木 本 医 院	913-1750	織 田 ク リ ニ ッ ク	926-6650	鈴木産婦人科医院	947-4882
にしむらクリニック	911-4959	朋 ク リ ニ ッ ク	923-3456	平 野 医 院	947-0505
中 務 医 院	918-2151	こ う ク リ ニ ッ ク	940-8603	戸田内科・脳神経内科	947-5575
ひかりクリニック	919-0366	メープル耳鼻咽喉科	921-8880	しばはら整形外科スポーツ関節クリニック	947-0808
あきこレディースクリニック	965-6563	ふくやま・すこやかクリニック	924-0500	今 井 泌 尿 器 科	946-4114
明石市立市民病院	912-2323	関 内 科 医 院	928-5993	平崎内科循環器科クリニック	959-8326
せいゆうクリニック	912-5151	さわだ耳鼻咽喉科・アレルギー科	945-6661	近 藤 内 科 ・ 胃 腸 科	943-7500
石 井 病 院	918-1655	鍋 嶋 医 院	924-1627	小 山 ク リ ニ ッ ク	944-0356
村田整形外科麻酔科	911-0751	永 本 医 院	928-3399	みんなのクリニック明石	943-3450
う え の 内 科	939-3500	山 本 整 形 外 科	925-5001	明 石 仁 十 病 院	942-1921
田 路 医 院	918-1258	藤 井 ク リ ニ ッ ク	927-5522	明 石 同 仁 病 院	942-0305
飯 村 医 院	911-3495	杜 医 院	922-7775	鈴木内科クリニック	942-8811
さえき耳鼻咽喉科	911-8800	明 海 病 院	922-8800	正 井 医 院	946-3536
奥野消化器内科クリニック	919-6900	大久保地区	電話	大 国 ク リ ニ ッ ク	948-3900
大西脳神経外科病院附属明石駅前クリニック	911-0024	橋 本 医 院	936-0008	二見地区	電話
よこた内科クリニック	915-0377	お か 内 科 循 環 器 科	936-8822	ひまわり診療所	941-5725
朝 原 ク リ ニ ッ ク	917-3838	すぎもと整形外科クリニック	936-3220	私立二見レディースクリニック	942-1783
ま つ い ク リ ニ ッ ク	965-7575	高 野 内 科	935-7557	ふ じ わ ら 内 科	939-3351
たかしな内科小児科クリニック	918-1136	た な か 内 科 ク リ ニ ッ ク	935-1181	明 石 回 生 病 院	942-3555
片 平 ク リ ニ ッ ク	919-2353	中谷整形外科・内科クリニック	934-6100	大 迎 整 形 外 科	943-9901
花 川 医 院	912-2770	お に し ク リ ニ ッ ク	936-2050	繁 田 医 院	942-1004
日 野 医 院	911-2910	森 本 ク リ ニ ッ ク	935-2300	太 田 ク リ ニ ッ ク	949-0388
阪田整形外科リハビリクリニック	926-1118	き よ し ク リ ニ ッ ク	936-0317	博 愛 産 科 婦 人 科	941-8803
山 本 内 科	922-8121	平林耳鼻咽喉科クリニック	934-4133	明石リハビリテーション病院	941-6161
そうのクリニック	926-1585	美保・英利内科医院	935-2022	塩 澤 医 院	943-5252
さくらい内科クリニック	924-7111	おおくま内科胃腸科	936-0051	田 中 医 院	942-1941
王子回生病院	928-9870	大 久 保 病 院	935-2563	新 丸 ク リ ニ ッ ク	943-9090
いまふじ内科クリニック	925-7150	神 明 病 院	935-9000	R7.4.1時点	
ふ く や ま 病 院	927-1514	恵 泉 ク リ ニ ッ ク	936-8300		

※やむを得ない事情で実施医療機関が一部変更する場合がありますので、必ず電話でご確認ください。

※医療機関によって、かかりつけとなっている患者さんのみの受付になる場合があります。

印 刷 仕 様 書	
品 名	発注課 保健予防課 担当者 正井
⑧高齢者带状疱疹予防接種 実施報告書	連絡先 (078) 918-5668
	数 量 200冊
納品場所 あかし保健所	納 期 2026年3月6日
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 70 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 薄緑 色 N40 kg 青 発色 1セット 3 枚 2枚目 薄緑 色 N40 kg 減 感 ☐ あり カ所 ☐ なし 3枚目 薄緑 色 N40 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 ・見本のとおり (修正箇所は後日連絡)。 ・1冊12セット(36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。

枚目 (全 枚)

【月報】 高齢者帯状疱疹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)
予防接種
医療機関
コード

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

医療機関名

電話

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	ワクチン種別	有 料 (①)	無 料		合 計 (①+②+③)	予診のみ
			非課税 (②)	生活保護 (③)		
65歳以上	(生) ビケン					
	(不活化) シングリックス					
60～65歳未満の 厚労省令で 定める者	(生) ビケン					
	(不活化) シングリックス					

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 明石市高齢者帯状疱疹予防接種券、証明書類(該当の場合)、予診により接種見合わせの場合は予診票

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市民分)】 ※提出前にチェックを！



- ☐ 予防接種券の有効期限は切れていませんか。
- ☐ 予防接種券の「医師記入欄(接種日・医コード・費用区分・ワクチン名(ロットNo.)・接種場所・医師名)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者が60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、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)を添付していますか。

<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- 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)のコピー
※4～7月に接種する場合は前年度分で可。
- 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 明石市高齢者帯状疱疹予防接種費用にかかる免除決定通知書

枚目 (全 枚)

【月報】 高齢者帯状疱疹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)
予防接種
医療機関
コード

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

医療機関名

電話

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	ワクチン種別	有 料 (①)	無 料		合 計 (①+②+③)	予診のみ
			非課税 (②)	生活保護 (③)		
65歳以上	(生) ビケン					
	(不活化) シングリックス					
60～65歳未満の 厚労省令で 定める者	(生) ビケン					
	(不活化) シングリックス					

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 明石市高齢者帯状疱疹予防接種券、証明書類(該当の場合)、予診により接種見合わせの場合は予診票

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市民分)】 ※提出前にチェックを！



- ☐ 予防接種券の有効期限は切れていませんか。
- ☐ 予防接種券の「医師記入欄(接種日・医コード・費用区分・ワクチン名(ロットNo.)・接種場所・医師名)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者が60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、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)を添付していますか。

<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- 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)のコピー
※4～7月に接種する場合は前年度分で可。
- 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 明石市高齢者帯状疱疹予防接種費用にかかる免除決定通知書

枚目 (全 枚)

【月報】 高齢者帯状疱疹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)
予防接種
医療機関
コード

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

医療機関名

電話

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	ワクチン種別	有 料 (①)	無 料		合 計 (①+②+③)	予診のみ
			非課税 (②)	生活保護 (③)		
65歳以上	(生) ビケン					
	(不活化) シングリックス					
60～65歳未満の 厚労省令で 定める者	(生) ビケン					
	(不活化) シングリックス					

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 明石市高齢者帯状疱疹予防接種券、証明書類(該当の場合)、予診により接種見合わせの場合は予診票

【報告書提出に係るチェックリスト(明石市民分)】 ※提出前にチェックを！



- ☐ 予防接種券の有効期限は切れていませんか。
- ☐ 予防接種券の「医師記入欄(接種日・医コード・費用区分・ワクチン名(ロットNo.)・接種場所・医師名)」に抜けはありませんか。
- ☐ 被接種者が60～65歳未満で厚労省が定める障害のある方の場合、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)を添付していますか。

<自己負担免除者の証明書類(明石市)>

- ① 介護保険料決定通知書(接種日と同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)のコピー
※4～7月に接種する場合は前年度分で可。
- 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 明石市高齢者帯状疱疹予防接種費用にかかる免除決定通知書