

受付 番号	種目番号 —	連絡先	委託担当 健康福祉局 健康安全部 健康安全課 担当者 小林 電話 671-4190
----------	-----------	-----	---

設 計 書

1 委 託 名 平成31年度(7月～3月分)横浜市定期予防接種個別通知作業委託

2 履 行 場 所 受託業者内

3 履行期間 期間 契約締結日から平成32年3月31日まで
又は期限 期限 平成 年 月 日まで

4 契約区分 確定契約 概算契約 単価契約

5 その他特約事項 _____

6 現場説明 不要
要 (月 日 時 分、 場所)

7 委託概要 別添作業委託仕様書のとおり

8 部分払

■する (9回以内) □しない

部分払の基準

業 務 内 容	履行予定月	数 量	単 位	単 価	金 額
ラベルシール	平成31年7月～ 平成32年3月	(75,600)	部		
通 知 文 の 印 刷		(160,500)	枚		
専用窓あき封筒の印刷		(160,100)	部		
予防接種のご案内の印刷		(134,950)	枚		
協力医療機関名簿の印刷		(159,600)	枚		
二種混合予診票の印刷		(25,300)	部		
日本脳炎2期予診票の印刷		(25,200)	部		
麻しん風しん混合予診票の印刷		(34,000)	部		
日本脳炎二期予防接種勧奨ハガキの印刷		(34,250)	枚		
CSV ファイルの印字 (ラベルシール)		(75,600)	枚		
“CSV ファイルの印字 (二種混合予診票)”		(25,200)	部		
“CSV ファイルの印字 (日本脳炎2期予診票)”		(25,200)	部		
CSV ファイルの印字 (麻しん風しん混合予診票)		(33,600)	部		
CSV ファイルの印字 (日本脳炎二期勧奨ハガキ)		(34,250)	枚		
封入封かん作業		(159,600)	件		
予診票綴り印刷(0歳児)		(25,350)	冊		
予診票綴り印刷(1歳児)		(25,300)	冊		
予診票綴り印刷(3歳児)	(25,400)	冊			
“その他付随する作業 (システム開発費等)”	契約締結日～ 平成32年3月	1	式		

* 単価及び金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額

* 概算数量の場合は、数量及び金額を()で囲む。

委託代金額 ￥(_____ . -)

内訳 業務価格 ____ ￥(_____ . -)

消費税及び地方消費税相当額 ____ ￥(_____ . -)

内 訳 書

名 称	形状寸法等	数 量	単 位	単 価(円)	金 額(円)	摘 要
ラベルシール		(75,600)	部			
通知文の印刷		(160,500)	枚			
専用窓あき封筒の印刷		(160,100)	部			
予防接種のご案内の印刷		(134,950)	枚			
協力医療機関名簿の印刷		(159,600)	枚			
二種混合予診票の印刷		(25,300)	部			
日本脳炎2期予診票の印刷		(25,200)	部			
麻しん風しん混合予診票の印刷		(34,000)	部			
日本脳炎2期予防接種 勸奨ハガキの印刷		(34,250)	枚			
CSVファイルの印字 (ラベルシール)		(75,600)	枚			
CSVファイルの印字 (二種混合予診票)		(25,200)	部			
CSVファイルの印字 (日本脳炎2期予診票)		(25,200)	部			
CSVファイルの印字 (麻しん風しん混合予診票)		(33,600)	部			
CSVファイルの印字 (日本脳炎2期勸奨ハガキ)		(34,250)	枚			
封入封かん作業		(159,600)	件			
予診票綴り印刷(0歳児)		(25,350)	冊			
予診票綴り印刷(1歳児)		(25,300)	冊			
予診票綴り印刷(3歳児)		(25,400)	冊			
その他付随する作業 (システム開発費等)		1	式			
	計					
	消費税相当額					
	委託代金額					

平成 31 年度(7月～3月)

横浜市定期予防接種個別通知作業委託仕様書

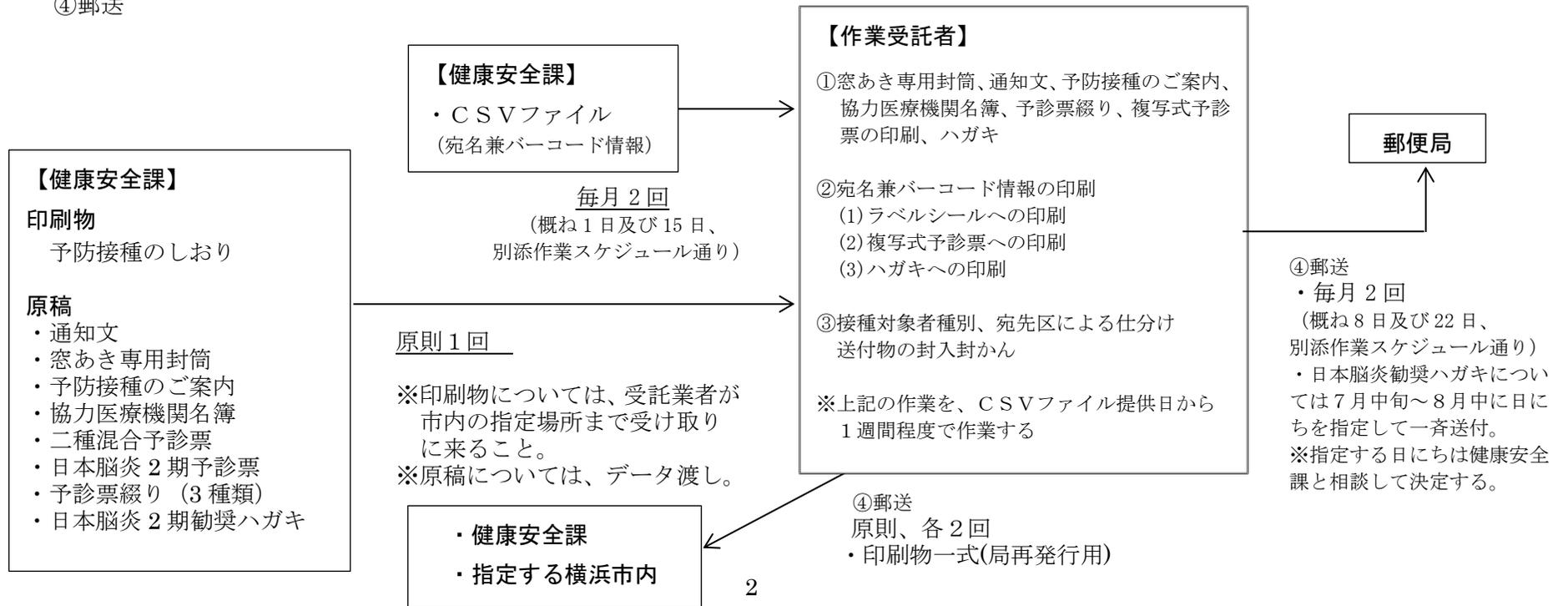
概要説明

件名：横浜市定期予防接種個別通知作業委託

委託期間：契約締結日から平成 32 年 3 月 31 日まで

業務概要：横浜市が実施する定期予防接種事業のうち、接種対象者に対する個別通知に係る一連の作業を委託します。

- ①封入封かん作業に要する書類等の印刷及び準備作業
- ②CSVファイルを基にしたラベルシール及び複写式書類への印刷（各種印刷物の印字位置調整及び調整結果報告書の提出含む）
- ③印刷する専用封筒への送付物の封入封かん作業
- ④郵送



提供する印刷物及び各種原稿

印刷物

予防接種のしおり A4版 20ページ（中針綴り） 25,200冊（0歳用のご案内、9カ月分）

原稿

書類名	形状	提供形式	備考
通知文	A4版（片面）	Word データ提供	6種類 of 原稿あり （0・1・3歳児用、二種混合、日本脳炎2期、麻しん風しん混合）
窓あき専用封筒	A4版封入サイズ	Word データ提供	
接種のご案内	A3版（両面）	Word データ提供	6種類 of 原稿あり （0・1・3歳児用、二種混合、日本脳炎2期、麻しん風しん混合）
協力医療機関名簿	A4版（両面あり）	PDF データ提供	18区ごと5種類 of 原稿あり （乳児用、幼児用、二種混合、日本脳炎2期、麻しん風しん混合）
二種混合予防接種予診票	A4版 3枚複写	Word データ提供	
日本脳炎2期予防接種予診票	A4版 3枚複写	Word データ提供	
麻しん風しん混合(MR2期)予防接種予診票	A4版 2枚複写	Word データ提供	
予診票綴り（0・1・3歳児用）	A4版（厚さ3mm程度）	Word データ提供	
日本脳炎二期予防接種勸奨ハガキ	外三つ折り圧着ハガキ	Word データ提供	

各種書類の印刷・作成 (1)

【ラベルシール】

- ① 用紙 A4版、白、裏無地
- ② 面付 横2面、縦7面 (14面付・四辺余白付)
- ③ 同等品 商品番号 178303 (東洋印刷)
原稿渡し CSVデータ渡し(毎月2回)
作成部数 75,600部 (概算)
(内訳) 0歳児用、1歳児用、3歳児用 各 25,200枚

【通知文】

- ① 用紙 A4版、白 (上質 55kg)
- ② 刷色 黒 (片面一色刷)
- ③ 要校正 1回
原稿渡し Word原稿渡し(原則2回)
作成部数 159,600枚 (概算) +900枚 (予備) 計 160,500枚
(内訳) 0・1・3歳児用、二種混合、日本脳炎2期、各 25,200枚
麻しん風しん混合、33,600枚

※定例日 (各作業開始日) に必要数作成されていればよく、
まとめて作成してストックしてもよい

納品先	納品枚数	備考
受託業者	159,600枚	封入封かん作業で使用
健康福祉局健康安全課	600枚	各100枚(再発行用)
指定する横浜市内(1か所)	300枚	各50枚(再発行用)

各種書類の印刷・作成 (2)

【窓あき専用封筒】

- ① 用紙 ピンク (厚さは 85 g/m²程度)
- ② 刷色 濃いピンク (一色刷)
- ③ サイズ A4 版封入サイズ
- ④ 糊付 (フラップ位置は縦横どちらでもよい)、グラシン窓あり
- ⑤ 原稿イメージ 右見本のとおり
- ⑥ 裏面全面に広告印刷予定

要校正 2回 (窓枠位置の調整結果報告書を提出すること)

原稿渡し Word 原稿渡し (原則 2 回)

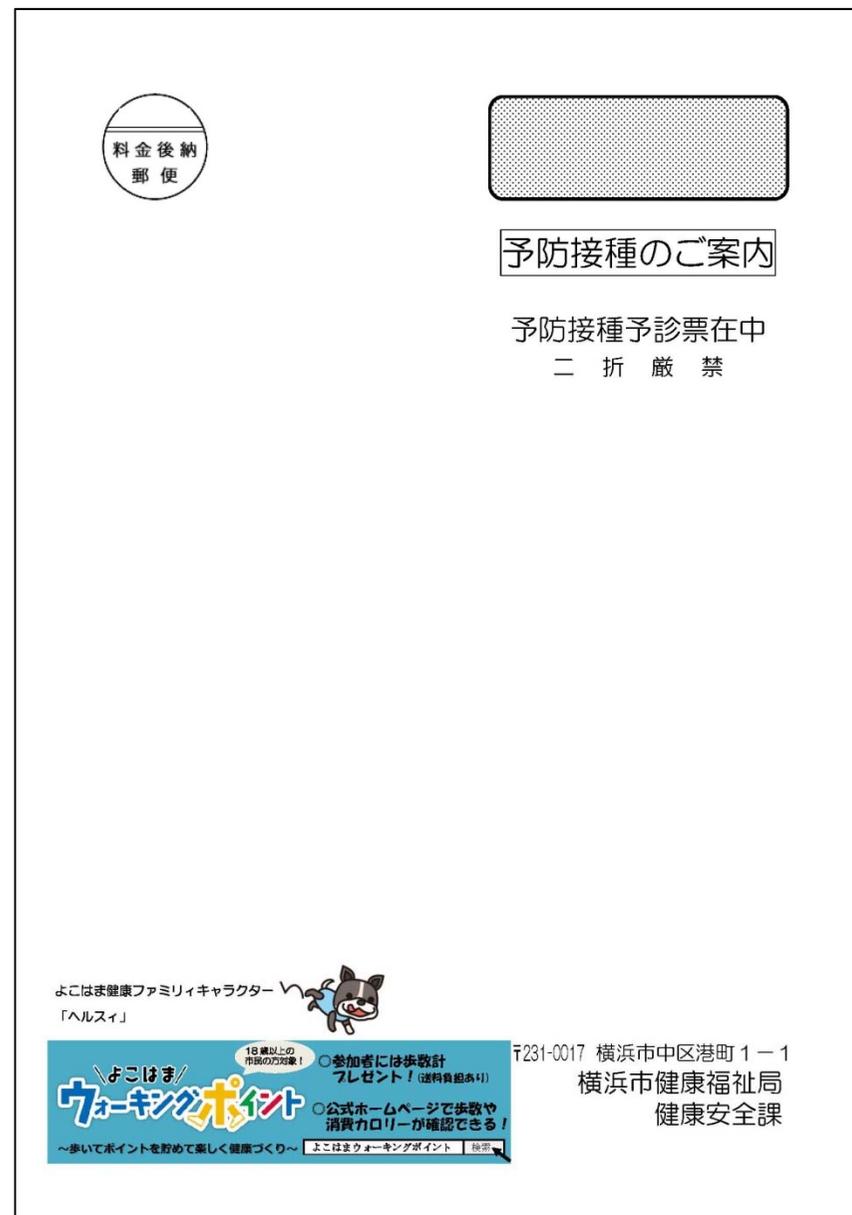
作成部数 159,600 部 (概算) +500 部 (局予備) 計 160,100 部

※定例日 (各作業開始日) に必要数作成されていればよく、
まとめて作成してストックしてもよい

納品先 受託業者及び健康福祉局健康安全課

※納品部数内訳は次のとおり

納品先	納品部数	備考
受託業者	159,600 部	封入封かん作業で使用
健康福祉局健康安全課	500 部	局再発行作業で使用



各種書類の印刷・作成 (4)

【協力医療機関名簿】

- ① 用紙 普通紙 (中厚口、白色)
- ② 刷色 黒 (一色刷)
- ③ サイズ A4版、両面あり
- ④ 原稿イメージ 右参考 (計 72 種類の原稿あり)
 ※乳児用(0歳)、幼児用(1・3歳)、二種混合用(11歳)、
 日本脳炎二期(9歳)、×18区原稿(毎月2回)

※麻しん風しん混合用×18区原稿(3月中旬1回)

要校正 1回

原稿渡し PDF原稿渡し(原則2回)

印刷部数 159,600枚(概算)(18区ごとに必要枚数は異なる)

※区ごとの枚数割合は概ね次のとおり

区名	割合	区名	割合
鶴見区	7.1%	金沢区	5.1%
神奈川区	5.1%	港北区	8.3%
西区	1.9%	緑区	5.2%
中区	3.1%	青葉区	10.4%
南区	4.4%	都筑区	7.5%
港南区	6.1%	戸塚区	7.8%
保土ヶ谷区	5.2%	泉区	4.5%
旭区	6.8%	栄区	3.4%
磯子区	4.1%	瀬谷区	3.9%

※定例日(各作業開始日)に必要な数印刷されていけばよく、
 まとめて作成してストックしてもよい

【青葉区】		
二種混合予防接種協力医療機関名簿		
＜平成24年7月31日現在＞		
1 次の医療機関に予約票(受診票)を持参すると、二種混合予防接種を無料で受けられます。		
2 接種の際は、母子健康手帳をお持ちください。		
3 実施日時は医療機関によって異なります。また、予約が必要な場合もありますので、事前に電話などで確かめください。		
4 市内他区の医療機関の情報は各区の健康づくり係又は横浜市保健所ホームページでご確認ください。		
●横浜市保健所アドレス⇒ http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/hokerijo/genre/kansensyo/vaccination.html		
医療機関名	電話番号	住所
中山医院	983-3621	青葉台1-6-13 ケントビル3F
武沼小児科医院	981-6122	青葉台1-13-13
横浜青葉台クリニック	988-0631	青葉台1-19-35
清水内科医院	981-7231	青葉台1-28-2
岡本診療所	981-9541	青葉台1-29-5
あおばウイメンズホスピタル	981-4103	青葉台1-29-15
佐川耳鼻咽喉科医院	982-2266	青葉台2-35-43
あかねファミリークリニック	985-6607	あかね台1-17-38
楽田医院	904-5226	あざみ野1-31-1
太田こどもクリニック	909-5335	あざみ野1-8-2
石井小児科	902-0020	あざみ野1-9-5 吉野ビル201
緑十字クリニック	902-3220	あざみ野2-19-10
長浜医院	901-2525	あざみ野2-4 緑ヶ丘ビル1F
内野医院	971-1048	市ヶ尾町330
松本クリニック	978-1166	市ヶ尾町518-1 東急ビル7&8市ヶ尾南101
つじ内科クリニック	979-4616	市ヶ尾町542-27
西山内科皮膚科クリニック	971-3010	市ヶ尾町1062-3 アーバンコート2F
遠山内科	971-1449	市ヶ尾町1074-4
吉田内科クリニック	972-7711	市ヶ尾町1075-1
熊谷医院	971-2132	市ヶ尾町1162-1 ファミリーコーポ208
市ヶ尾クリニック	973-1723	市ヶ尾町1163-1
さくら内科	532-5941	市ヶ尾町1167-1 ラパージュビル1F
井上小児科医院	972-0250	市ヶ尾町1167-1 ラパージュビル1F
長谷川内科クリニック	902-5060	美しが丘1-4-3 4F
たま小児クリニック	901-3285	美しが丘1-23-5
小澤クリニック	902-1154	美しが丘1-9-1 平野ビル
しばた形成外科・内科	905-5711	美しが丘2-14-5 東急美しが丘ビル2F
ふじくら循環器科・内科	903-9006	美しが丘2-14-7 1F
有本小児科内科	901-6870	美しが丘2-20-18 ドムス有本101
はな眼科	903-1349	美しが丘2-20-18 ドムス有本201
風原クリニック	901-1234	美しが丘3-32-5
佐藤医院	902-3400	美しが丘4-4-6
あべクリニック	902-1600	美しが丘4-9-2
ホワイトレディースクリニック	905-1181	美しが丘西2-6-2
松田クリニック	909-0130	美しが丘西2-6-3
あざのみ小児クリニック	909-0092	美しが丘西3-65-6
瀬池医院	971-6274	梅が丘9-6
順徳クリニック小児科	902-8818	荏子田2-2-9 アドバンスビル2F
まゆみ内科クリニック	914-8828	荏子田224-1-1F
徳岡クリニック	911-6000	荏子田町477
佐々木医院	981-1390	榎が丘41-5
高橋小児科医院	972-8596	大塚町386-41
池田医院	982-2525	恵田町3032-12

各種書類の印刷・作成 (6)

【日本脳炎2期予防接種予診票】

- ① 用紙 白
- ② 外枠 紫色
- ③ 刷色 黒
- ④ サイズ A4版 (≒縦12インチ)
3枚複写 N40~60、ノーカーボン
※1, 2枚目 2C/0C、
3枚目 2C/0C (減感部・市長印あり)
- ⑤ 感圧紙 3枚1組 (糊位置は左長辺一辺)
- ⑥ 原稿イメージ 右見本のとおり

要校正 3回

原稿渡し Word原稿渡し(原則2回)

印刷部数 25,200部(概算)

納品先 受託業者

「予診票への印刷」に記載するとおり、予診票にCSVファイルデータを印字します。予診票1組の印字内容に齟齬が生じなければ、印刷方法は問いません。予診票の印刷とデータ印字処理を同時に行い、そのあとに糊付作業としてもかまいません。

医療機関保管用
横浜市

二種混合予防接種予診票

(接種対象年齢：11歳~13歳未満)

健康福祉局提出用
横浜市

二種混合予防接種予診票

(接種対象年齢：11歳~13歳未満)

市内の協力医療機関以外では使用できません。
本枠内をむねなく記入してください。
接種当日は母子健康手帳をお持ちください。

住所	市区町村	自宅	郵便番号
受ける人の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	
保護者の氏名		平成 年 月 日 (満 歳 か月)	

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について「予防接種のしおり」などを渡しましたか	はい / いいえ	
あなたのお子さんの発育についておたずねします 分娩時に異常がありましたか 出生体重 () g	あった / なかった / ある / ない	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか 今日病に具合が悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい / いいえ	
最近1か月以内に病気がかりましたか 病名、発症日 ()	はい / いいえ	
1か月以内に発熱や遊び時等に熱しん、嘔しん、木疔、おたふくかぜなどの病気がかりましたか、病名	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、接種日 ()	はい / いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気がかり、医師の影響を受けていますか 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 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 薬	はい / いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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 これまでに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 / ある / ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	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 診察所見録 診察前の体調 度 分 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。保護者に対して、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、説明しました。	医師署名又は記名押印
--	------------

保護者 記入欄 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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。	保護者自署
--	-------

横浜市

二種混合予防接種済証

住所	市区町村	自宅	郵便番号
受ける人の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	
保護者の氏名		平成 年 月 日 (満 歳 か月)	

質問事項	回答	医師記入欄
しなごを授けましたか	はい / いいえ	
す 分娩時に異常がありましたか か 出生時に異常がありましたか	あった / なかった / ある / ない	
()	はい / いいえ	
水痘、おたふくかぜなどの病気がかりましたか	はい / いいえ	
()	はい / いいえ	
肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気がかり、医師の影響を受けていますか	はい / いいえ	
薬を受けてよいと言われましたか か () 薬	はい / いいえ	
の具合が悪くなったことがありますか ますか	はい / いいえ	
とはありますか	ある / ない	
しましたか	はい / いいえ	
射を受けたか	はい / いいえ	
度 分		医師署名又は記名押印

おたふくかぜ(おたふく)と判断します。
E反応及び予防接種健康被害救済制度に
同意します。

効果や目的、重篤な副反応の可能性、
を理解した上で、
を自署しています。このことを理
解することに同意します。

[保護者自署]

実施医療機関・医師名・接種年月日

医療機関 名称	平成 年 月 日
------------	----------

(注) 減感部の子回りのや重篤な副反応の発症の可能性があることがあり、
の予防接種の効果は十分に高いことがありません。

月 日

横浜市 長

各種書類の印刷・作成 (7)

【麻疹風しん混合 (MR2期) 予防接種予診票】

- ① 用紙 白
- ② 外枠 白茶色
- ③ 刷色 黒
- ④ サイズ A4版 (≒縦12インチ)
2枚複写 N40~60 (ノーカーボン [青発色])
※1枚目 2C/0C 2枚目 2C/0C
- ⑤ 感圧紙2枚1組 (糊位置は左長辺一辺)
- ⑥ 原稿イメージ 右見本のとおり

要校正 3回

原稿渡し Word原稿渡し(2月中旬1回)

印刷部数 33,600部(概算)+400部(予備) 計 34,000部

納品先 受託業者、健康福祉局健康安全課
指定する横浜市内(1か所)

納品先	納品部数	備考
受託業者	33,600部	封入封かん作業で使用
健康福祉局健康安全課	200部	局再発行作業で使用
指定する横浜市内1か所	200部	再発行用

健康福祉局様専用

横浜市

MR2期予防接種予診票

(接種対象年齢)
5歳~7歳未満で小学校に入学する1年前の4月1日
~小学校に入学する年の3月31日までの間にあるもの)

市内の協力医療機関以外では使用できません。
本枠内をもちろなく記入してください。
接種当日は母子健康手帳をお持ちください。

住 居	横浜市	自宅
受ける人の氏名	(フリガナ)	性別 生年月日
保護者の氏名	(漢 姓 名)	平成 年 月 日

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について「予防接種のしおり」などを読みましたか	はい いいえ	
あなたのお子さんの発育についておたずねします 分娩時に異常がありましたか	あった なかった	
出生体重 () g	あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある ない	
今日接種の具合の悪いところがありますか	はい いいえ	
具体的な症状を書いてください ()		
最近1か月以内に病気がかりましたか	はい いいえ	
病名、治療日 ()		
1か月以内に家族や遊び仲間にかんしん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がかりましたか	はい いいえ	
病名 ()		
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい いいえ	
予防接種の種類、接種日 ()		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気がかり、医師の診察を受けていますか	はい いいえ	
病名 ()		
その病気を治し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	
ひまわり(けんいん)をおこしたことがありますか () 接種	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	
重篤な副作用で医療や入院などになったことがありますか	はい いいえ	
接種後に発熱や発疹など起る可能性がありますか	はい いいえ	
今日まで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか	ある ない	
予防接種の種類 ()		
医師が今日の予防接種を受けて具合が悪くなった人はいませんか	はい いいえ	
生年月日(年齢)と接種済みのワクチン接種を受けましたか	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 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、予防接種継続接種者救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が帳簿中に記入されることに同意します。

医師 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、予防接種継続接種者救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が帳簿中に記入されることに同意します。

保護者 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、予防接種継続接種者救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が帳簿中に記入されることに同意します。

使用ワクチン名 接種量 実施医療機関・医師名・接種年月日

ワクチン名 (皮下接種) 実施医療機関 接種年月日

Lot No. ml 平成 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血漿製剤の一種で、アレルギーなどの感染症の予防目的や重症の感染症の併発目的などで接種されることがあり、この接種を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にないことがあります。

横浜市

MR2期予防接種予診票

(接種対象年齢)
5歳~7歳未満で小学校に入学する1年前の4月1日
~小学校に入学する年の3月31日までの間にあるもの)

住 居	横浜市	自宅
受ける人の氏名	(フリガナ)	性別 生年月日
保護者の氏名	(漢 姓 名)	平成 年 月 日

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について「予防接種のしおり」などを読みましたか	はい いいえ	
あなたのお子さんの発育についておたずねします 分娩時に異常がありましたか	あった なかった	
出生体重 () g	あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある ない	
今日接種の具合の悪いところがありますか	はい いいえ	
具体的な症状を書いてください ()		
最近1か月以内に病気がかりましたか	はい いいえ	
病名、治療日 ()		
1か月以内に家族や遊び仲間にかんしん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がかりましたか	はい いいえ	
病名 ()		
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい いいえ	
予防接種の種類、接種日 ()		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気がかり、医師の診察を受けていますか	はい いいえ	
病名 ()		
その病気を治し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	
ひまわり(けんいん)をおこしたことがありますか () 接種	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	
重篤な副作用で医療や入院などになったことがありますか	はい いいえ	
接種後に発熱や発疹など起る可能性がありますか	はい いいえ	
今日まで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか	ある ない	
予防接種の種類 ()		
医師が今日の予防接種を受けて具合が悪くなった人はいませんか	はい いいえ	
生年月日(年齢)と接種済みのワクチン接種を受けましたか	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 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、予防接種継続接種者救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が帳簿中に記入されることに同意します。

保護者 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、予防接種継続接種者救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が帳簿中に記入されることに同意します。

使用ワクチン名 接種量 実施医療機関・医師名・接種年月日

ワクチン名 (皮下接種) 実施医療機関 接種年月日

Lot No. ml 平成 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血漿製剤の一種で、アレルギーなどの感染症の予防目的や重症の感染症の併発目的などで接種されることがあり、この接種を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にないことがあります。

「予診票への印刷」に記載するとおり、予診票にCSVファイルデータを印字します。予診票1組の印字内容に齟齬が生じなければ、印刷方法は問いません。予診票の印刷とデータ印字処理を同時に行い、そのあとに糊付作業としてもかまいません。

各種書類の印刷・作成 (8)

【予診票綴り(全3種類)】

(ア) 0歳児用 ※感圧紙はすべてブルー発色、以下のものを丁合して無線綴じに製本する

表紙	紙	上質紙 135 kg	片面印刷	
説明書		上質紙 55 kg		1 ページ
ヒブ予診票 (初回①)	感圧紙 2枚 1組 1セット(のどみしん) 上紙 N40、下紙 N40		用紙: A4 白 外枠: 若竹色	刷色: 濃緑
ヒブ予診票 (初回②)				刷色: 濃青
ヒブ予診票 (初回③)				刷色: 濃茶
小児用肺炎球菌予診票 (初回①)	〃	〃	用紙: A 4 白 外枠: 青色	刷色: 濃緑
小児用肺炎球菌予診票 (初回②)				刷色: 濃青
小児用肺炎球菌予診票 (初回③)				刷色: 濃茶
四種混合 (初回①)	〃	〃	用紙: A 4 白 外枠: 黄色	刷色: 濃緑
四種混合 (初回②)				刷色: 濃青
四種混合 (初回③)				刷色: 濃茶
B C G 予診票	〃	〃	用紙: A 4 白 外枠: ブルー	
B C G 接種後の注意書		色上質 55 kg	1C/0C	用紙: 浅黄色
B型肝炎予診票 (初回①)	感圧紙 2枚 1組 1セット(のどみしん) 上紙 N40、下紙 N40		用紙: A 4 白 外枠: 白色	刷色: 濃緑
B型肝炎予診票 (初回②)				刷色: 濃青
B型肝炎予診票 (初回③)				刷色: 濃茶
下敷き		厚紙 (表白色)	A 3 二つ折り	
裏表紙		上質紙 135 kg	見本のとおりに	



要校正 3回

原稿渡し Word原稿渡し(原則2回)

印刷冊部数 25,200冊+150冊(予備)計25,350冊

※定例日(各作業開始日)に必要な数印刷されていればよく、まとめて作成してストックしてもよい

(イ) 1歳児用 ※感圧紙はすべてブルー発色、以下のものを丁合して無線綴じに製本する

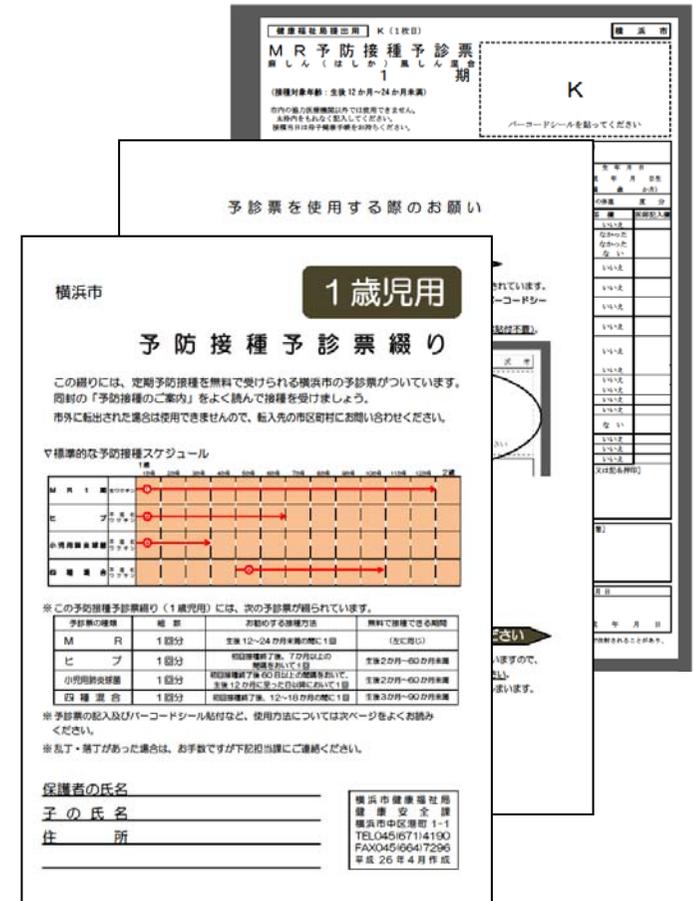
表紙	紙	上質紙 135 kg	片面印刷	—
説明書	紙	上質紙 55 kg		1 ページ
M R 1 期 予 診 票	感圧紙A 4 2枚1組 1セット (のどミシン)	上紙 N40、下紙 N40		外枠：白茶色
ヒブ予診票（追加）				外枠：若竹色
小児用肺炎球菌予診票（追加）				外枠：青色
四種混合（追加）				外枠：黄色
水痘（初回）				外枠：赤色
水痘（追加）				外枠：赤色
下敷き	紙	厚紙（表白色）	A 3 二つ折り	—
裏表紙	紙	上質紙 135 kg	見本のとおりに	—

要校正 3回

原稿渡し Word原稿渡し(原則2回)

印刷冊部数 25,200冊+100冊(予備)計25,300冊

※定例日(各作業開始日)に必要な数印刷されていけばよく、
まとめて作成してストックしてもよい



(ウ) 3歳児用 ※感圧紙はすべてブルー発色、以下のものを丁合して無線綴じに製本する

表紙	紙	上質紙 135 kg	片面印刷
説明書	紙	上質紙 55 kg	
日本脳炎予診票 (初回①)	感圧紙 A4 2枚1組 1セット (のどみしん) 上紙 N40、下紙 N40	用紙: 白 外枠: 藤色	刷色: 濃緑
日本脳炎予診票 (初回②)			刷色: 濃青
日本脳炎予診票 (初回追加)			刷色: 濃茶
下敷き		厚紙 (表白色)	A 3二つ折り
裏表紙	紙	上質紙 135 kg	見本のとおりに

要校正 3回

原稿渡し Word原稿渡し(原則2回)

印刷冊部数 25,200冊+200冊(予備)計25,400冊

※定例日(各作業開始日)に必要な数印刷されていけばよく、
まとめて作成してストックしてもよい

納品先	ア納品冊数	イ納品冊数	ウ納品冊数	備考
受託業者	25,200冊	25,200冊	25,200冊	封入封かん作業で使用
健康福祉局健康安全課	150冊	100冊	200冊	局再発行作業で使用

健康福祉局発用 ○(1枚目)

日本脳炎予防接種予診票
1期 初回1回目

接種対象年齢: 生後9か月~90か月(7歳6か月未満)

市内の協力医療機関以外では使用できません。
印刷時にもれなく記入してください。
接種当日は必ず予診票を必ずお持ちください。

横浜市 3歳児用
予防接種予診票綴り

この綴りには、定期予防接種を無料で受けられる横浜市の予診票がついています。
同封の「予防接種のご案内」をよく読んで接種を受けましょう。
市外に転出された場合は使用できませんので、転入先の市区町村にお問い合わせください。

▽標準的な予防接種スケジュール

日本脳炎1期(初回)

※この予防接種予診票綴り(3歳児用)には、次の予診票が綴られています。

予診票の種類	冊数	お取りする接種方法	無料で接種できる期間
日本脳炎	3冊分	初回: 6日以上の間隔で2回 追加: 前回接種終了後6か月以上 おおよそ1年の間隔を以て1回	接種日の前~90か月未満

※予診票の記入及びバーコードシール貼付など、使用方法については次ページをよくお読みください。
※乱丁・落丁があった場合は、お手数ですが下記担当課にご連絡ください。

保護者の氏名 _____
子の氏名 _____
住所 _____

横浜市健康福祉局
健康安全課
横浜市中央区藤町 1-1
TEL:045(67)114190
FAX:045(664)7296
平成26年4月作成

予診票を使用する際のお願い

この綴りには、定期予防接種を無料で受けられる横浜市の予診票がついています。同封の「予防接種のご案内」をよく読んで接種を受けましょう。市外に転出された場合は使用できませんので、転入先の市区町村にお問い合わせください。

標準的な予防接種スケジュール

日本脳炎1期(初回)

※この予防接種予診票綴り(3歳児用)には、次の予診票が綴られています。

予診票の種類 冊数 お取りする接種方法 無料で接種できる期間

日本脳炎 3冊分 初回: 6日以上の間隔で2回
追加: 前回接種終了後6か月以上
おおよそ1年の間隔を以て1回 接種日の前~90か月未満

※予診票の記入及びバーコードシール貼付など、使用方法については次ページをよくお読みください。
※乱丁・落丁があった場合は、お手数ですが下記担当課にご連絡ください。

保護者の氏名 _____
子の氏名 _____
住所 _____

横浜市健康福祉局
健康安全課
横浜市中央区藤町 1-1
TEL:045(67)114190
FAX:045(664)7296
平成26年4月作成

各種書類の印刷・作成 (8)

【日本脳炎二期予防接種勧奨ハガキ】

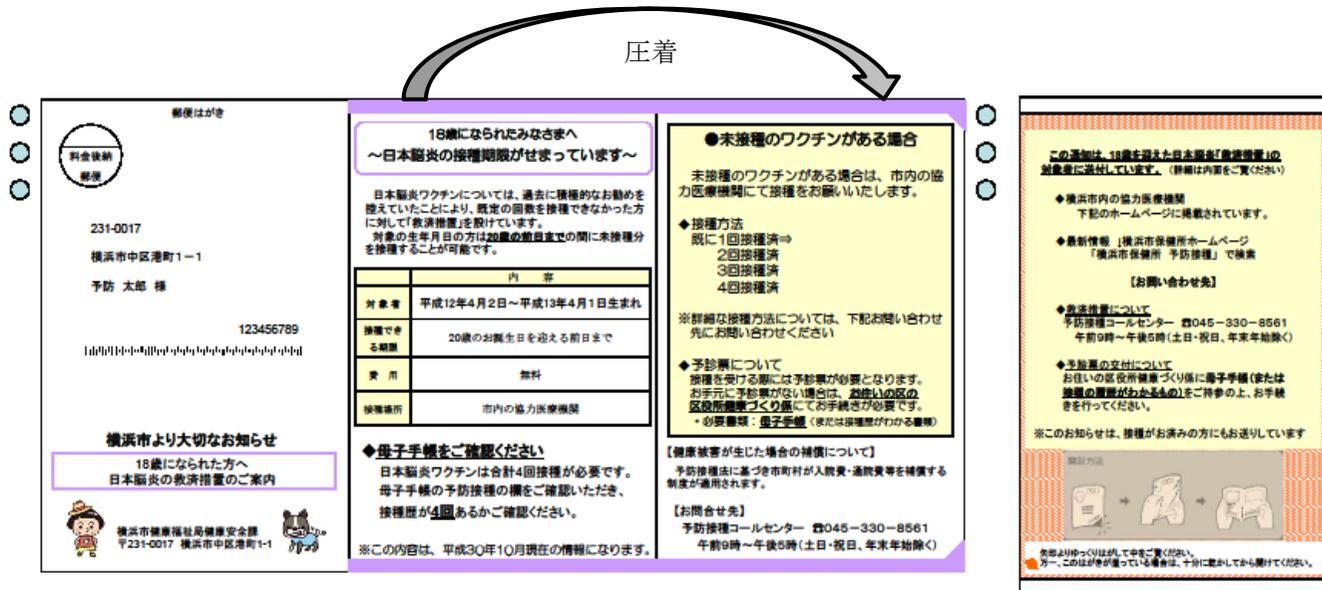
- ① 外三つ折り圧着ハガキ
- ② 用紙 白
- ③ 重量 2～6g
- ④ 刷色 表面2色刷り
裏面2色刷り
- ⑤原稿 平成31年度に18歳を迎えた方へ
- ⑥ 原稿イメージ 右下見本のとおり

要校正 3回

原稿渡し Word原稿渡し(原則2回)

作成部数 34,250枚(概算)

発送日については7～8月を予定。
一斉送付の指定する日については、健康安全課と相談して決定する。



CSVファイル (1)

【0歳児用】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobousessyuGroup0.csv (仮)

データ形式 CSVファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	(例)
1	グループ番号	X (1)	1
2	固定文言	N (1)	—
3	区コード	X (2)	00
4	固定文言	N (1)	—
5	ページ連番	X (7)	0001234
6	郵便番号	X (8)	123-4567
7	住所	N (50)	横浜市鶴見区〇〇町1 2-3 4
8	方書	N (40)	マンション山本1 0 1 号室
9	漢字氏名①	N (80)	横浜 太郎
10	漢字氏名②	N (82)	横浜 太郎 様
11	カナ氏名	N (80)	ヨコハマ タロウ
12	保護者様	N (4)	保護者様
13	生年月日	N (12)	平成 25 年 11 月 22 日生
14	整理番号	X (12)	000000012345
15	固定文言	N (30)	※送付用のシールです～
16	接種名称・回数①	N (30)	ヒブ 1 回目
17	接種コード①	9 (21)	000000012345140011401
18	マーク①	N (1)	A
19	接種名称・回数②	N (30)	ヒブ 2 回目
20	接種コード②	9 (21)	000000012345140011402
21	マーク②	N (1)	B
22	接種名称・回数③	N (30)	ヒブ 3 回目
23	接種コード③	9 (21)	000000012345140011403

項目 No.	項目名	属性	(例)
24	マーク③	N (1)	C
25	接種名称・回数④	N (30)	小児用肺炎球菌 1 回目
26	接種コード④	9 (21)	000000012345140011501
27	マーク④	N (1)	D
28	接種名称・回数⑤	N (30)	小児用肺炎球菌 2 回目
29	接種コード⑤	9 (21)	000000012345140011502
30	マーク⑤	N (1)	E
31	接種名称・回数⑥	N (30)	小児用肺炎球菌 3 回目
32	接種コード⑥	9 (21)	000000012345140011503
33	マーク⑥	N (1)	F
34	接種名称・回数⑦	N (30)	四種混合 1 期初回 1 回目
35	接種コード⑦	9 (21)	000000012345140011801
36	マーク⑦	N (1)	G
37	接種名称・回数⑧	N (30)	四種混合 1 期初回 2 回目
38	接種コード⑧	9 (21)	000000012345140011802
39	マーク⑧	N (1)	H
40	接種名称・回数⑨	N (30)	四種混合 1 期初回 3 回目
41	接種コード⑨	9 (21)	000000012345140011803
42	マーク⑨	N (1)	I
43	接種名称・回数⑩	N (30)	B C G
44	接種コード⑩	9 (21)	000000012345140010101
45	マーク⑩	N (1)	J

CSVファイル (2)

【1歳児用】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobousessyuGroup1.csv (仮)

データ形式 CSVファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	(例)
1	グループ番号	X (1)	2
2	固定文言	N (1)	—
3	区コード	X (2)	00
4	固定文言	N (1)	—
5	ページ連番	X (7)	0001234
6	郵便番号	X (8)	123-4567
7	住所	N (50)	横浜市鶴見区〇〇町1 2 - 3 4
8	方書	N (40)	マンション山本1 0 1 号室
9	漢字氏名①	N (80)	横浜 太郎
10	漢字氏名②	N (82)	横浜 太郎 様
11	カナ氏名	N (80)	ヨコハマ タロウ
12	保護者様	N (4)	保護者様
13	生年月日	N (12)	平成 25 年 11 月 22 日生
14	整理番号	X (12)	000000012345
15	固定文言	N (30)	※送付用のシールです～
16	接種名称・回数①	N (30)	MR 1 期
17	接種コード①	9 (21)	000000012345140011101
18	マーク①	N (1)	K
19	接種名称・回数②	N (30)	ヒブ 追加
20	接種コード②	9 (21)	000000012345140011404
21	マーク②	N (1)	L
22	接種名称・回数③	N (30)	小児用肺炎球菌 追加

項目 No.	項目名	属性	(例)
23	接種コード③	9 (21)	000000012345140011504
24	マーク③	N (1)	M
25	接種名称・回数④	N (30)	四種混合 追加
26	接種コード④	9 (21)	000000012345140011804
27	マーク④	N (1)	N
28	接種名称・回数⑤	N (30)	水痘 初回
29	接種コード⑤	9 (21)	000000012345140011901
30	マーク⑤	N (1)	O
31	接種名称・回数⑥	N (30)	水痘 追加
32	接種コード⑥	9 (21)	000000012345140011902
33	マーク⑥	N (1)	P

CSVファイル (3)

【3歳児用】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobousessyuGroup3.csv (仮)

データ形式 CSVファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	(例)
1	グループ番号	X (1)	3
2	固定文言	N (1)	—
3	区コード	X (2)	00
4	固定文言	N (1)	—
5	ページ連番	X (7)	0001234
6	郵便番号	X (8)	123-4567
7	住所	N (50)	横浜市鶴見区〇〇町1 2 - 3 4
8	方書	N (40)	マンション山本1 0 1 号室
9	漢字氏名①	N (80)	横浜 太郎
10	漢字氏名②	N (82)	横浜 太郎 様
11	カナ氏名	N (80)	ヨコハマ タロウ
12	保護者様	N (4)	保護者様
13	生年月日	N (12)	平成 25 年 11 月 22 日生
14	整理番号	X (12)	000000012345
15	固定文言	N (30)	※送付用のシールです～
16	接種名称・回数①	N (30)	日本脳炎 1 期初回 1 回目
17	接種コード①	9 (21)	000000012345140010301
18	マーク①	N (1)	Q
19	接種名称・回数②	N (30)	日本脳炎 1 期初回 2 回目
20	接種コード②	9 (21)	000000012345140010302
21	マーク②	N (1)	R
22	接種名称・回数③	N (30)	日本脳炎 1 期 初回追加
23	接種コード③	9 (21)	000000012345140010303
24	マーク③	N (1)	S

CSVファイル (4)

【二種混合(11歳用)】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobouessyuGroup11.csv (仮)

データ形式 CSVファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	説明	(例)
1	グループ番号	X (1)	仕分けグループ	5
2	固定文言	N (1)	全角ハイフン	—
3	区コード	X (2)	対象者の居住区コード	00
4	固定文言	N (1)	全角ハイフン	—
5	ページ連番	X (7)	ページ数 (連番、0 詰めあり)	0001234
6	郵便番号	X (8)	対象者の郵便番号 (ハイフン付)	123-4567
7	住所	N (50)	対象者の漢字住所	横浜市鶴見区〇〇町12-34
8	方書	N (40)	対象者の住所方書	マンション山本101号室
9	漢字氏名①	N (80)	対象者の漢字氏名	横浜 太郎
10	漢字氏名②	N (82)	対象者の漢字氏名 (敬称付)	横浜 太郎 様
11	カナ氏名	N (80)	対象者のカナ氏名 (全角文字)	ヨコハマ タロウ
12	保護者様	N (4)	“保護者様”を固定入力	保護者様
13	生年月日	N (12)	対象者の生年月日に“生”を付加	平成25年11月22日生
14	整理番号	X (12)	対象者の整理番号 (12桁0詰め)	0001234
15	性別	N (1)	対象者の性別	男
16	接種コード	9 (21)	対象者の整理番号と接種種別番号を結合	00000012345140010804

C S Vファイル (5)

【日本脳炎 2期(9歳)】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobousessyuGroup9.csv (仮)

データ形式 C S Vファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	説明	(例)
1	グループ番号	X (2)	作業種別	6
2	固定文言	N (1)	全角ハイフン	—
3	区コード	X (2)	対象者の居住区コード	00
4	固定文言	N (1)	全角ハイフン	—
5	ページ連番	X (7)	ページ数 (連番、0 詰めあり)	0001234
6	郵便番号	X (8)	対象者の郵便番号 (ハイフン付)	123-4567
7	住所	N (50)	対象者の漢字住所	横浜市鶴見区〇〇町 1 2 - 3 4
8	方書	N (40)	対象者の住所方書	マンション山本 1 0 1 号室
9	漢字氏名①	N (80)	対象者の漢字氏名	横浜 太郎
10	漢字氏名②	N (82)	対象者の漢字氏名 (敬称付)	横浜 太郎 様
11	カナ氏名	N (80)	対象者のカナ氏名 (全角文字)	ヨコハマ タロウ
12	保護者様	N (4)	“保護者様”を固定入力	保護者様
13	生年月日	N (12)	対象者の生年月日に“生”を付加	平成 25 年 11 月 22 日生
14	整理番号	X (12)	対象者の整理番号 (12 桁 0 詰め)	000000012345
15	性別	N (1)	対象者の性別	男
16	接種コード	9 (21)	対象者の整理番号と接種種別番号を結合	000000012345140010804

CSVファイル (6)

【麻しん風しん混合】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobousessyuGroup6.csv (仮)

データ形式 CSVファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	説明	(例)
1	グループ番号	X (2)	作業種別	6
2	固定文言	N (1)	全角ハイフン	—
3	区コード	X (2)	対象者の居住区コード	00
4	固定文言	N (1)	全角ハイフン	—
5	ページ連番	X (7)	ページ数 (連番、0 詰めあり)	0001234
6	郵便番号	X (8)	対象者の郵便番号 (ハイフン付)	123-4567
7	住所	N (50)	対象者の漢字住所	横浜市鶴見区〇〇町12-34
8	方書	N (40)	対象者の住所方書	マンション山本101号室
9	漢字氏名①	N (80)	対象者の漢字氏名	横浜 太郎
10	漢字氏名②	N (82)	対象者の漢字氏名 (敬称付)	横浜 太郎 様
11	カナ氏名	N (80)	対象者のカナ氏名 (全角文字)	ヨコハマ タロウ
12	保護者様	N (4)	“保護者様”を固定入力	保護者様
13	生年月日	N (12)	対象者の生年月日に“生”を付加	平成25年11月22日生
14	整理番号	X (12)	対象者の整理番号 (12桁0詰め)	000000012345
15	性別	N (1)	対象者の性別	男
16	接種コード	9 (21)	対象者の整理番号と接種種別番号を結合	000000012345140010804

CSVファイル (7)

【日本脳炎二期予防接種勧奨ハガキ】

提供方法 横浜市大容量ファイル転送サービスを利用した電子送付

ファイル名 YobousessyuGroup0.csv (仮)

データ形式 CSVファイル (Unicode テキスト形式 (BOM 付、UTF-16LE)) カンマ区切り

外字ファイル 提供する (TTE ファイル形式)

※初回印字作業前にテストし、調整結果報告書を作成し、健康安全課に提出すること。

■ファイルレイアウト (仮)

項目 No.	項目名	属性	(例)
1	郵便番号	X (8)	123-4567
2	住所	N (50)	横浜市鶴見区〇〇町12-34
3	方書	N (40)	マンション山本101号室
4	漢字氏名①	N (80)	横浜 太郎
5	漢字氏名②	N (82)	横浜 太郎 様
6	保護者様	N (4)	保護者様

【備考】

送付物は、重量ごと・郵便番号上3桁ごとに区分して郵便局へ差し出します。指定する郵便局は、受託業者の所在地・作業地を考慮して、健康安全課と郵便局担当で調整します (1か所)。

郵便料金は健康安全課の請求書払となり、受託業者の費用負担はありません。

ラベルシールへの印刷（0，1，3歳児用）

CSVファイル1レコードについて、次の仕様のとおりに印字する。

※印字位置は目安であり、必ず初回印字作業前にテストし、調整結果報告書を作成し、健康安全課に提出すること

0歳児用	約1,400枚／1回
1歳児用	〃
3歳児用	〃

CSVファイル
項目 No. 6

No. 1～5

230-0002

3-1-10000

横浜市北区落合町1丁目45-36 No. 7

タワーマンション410号 No. 8

秦 優季 様 No. 10

保護者様 No. 12

No. 42

四種混合1期初回3回目 No. 40

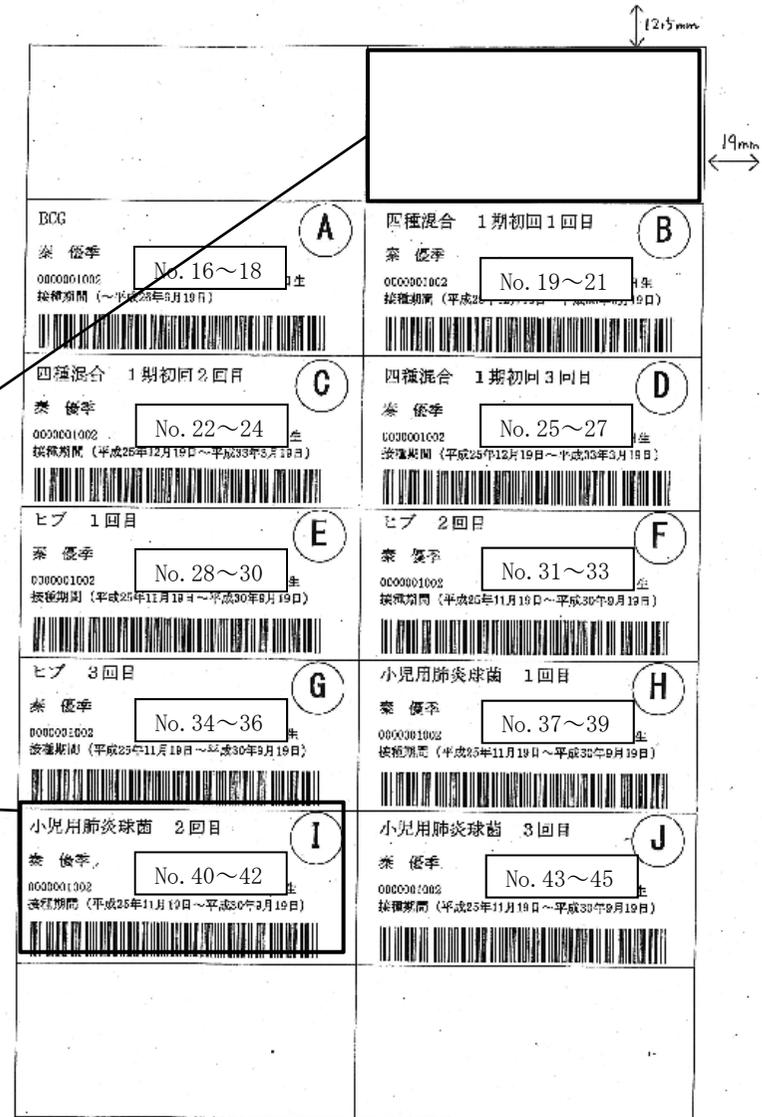
秦 優季 No. 9

No. 13

0000001002 No. 14

平成25年9月20日生

No. 41を
NW-7の規格でハート化
スタート・ストップコート不要

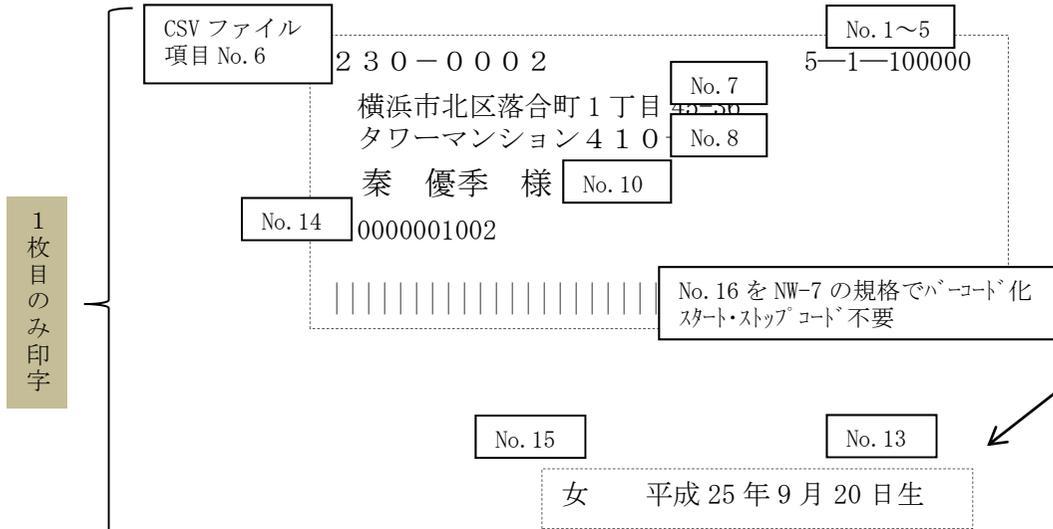


予診票への印刷

CSVファイル1レコードについて、次の仕様のとおりに印字する

二種混合	約 1,400 部 / 1 回
日本脳炎 2 期	約 1,400 部 / 1 回
麻しん風しん混合	約 34,000 部 (3 月中旬 1 回)

※印字位置は目安であり、必ず初回印字作業前にテストし、調整結果報告書を作成し、健康安全課に提出すること

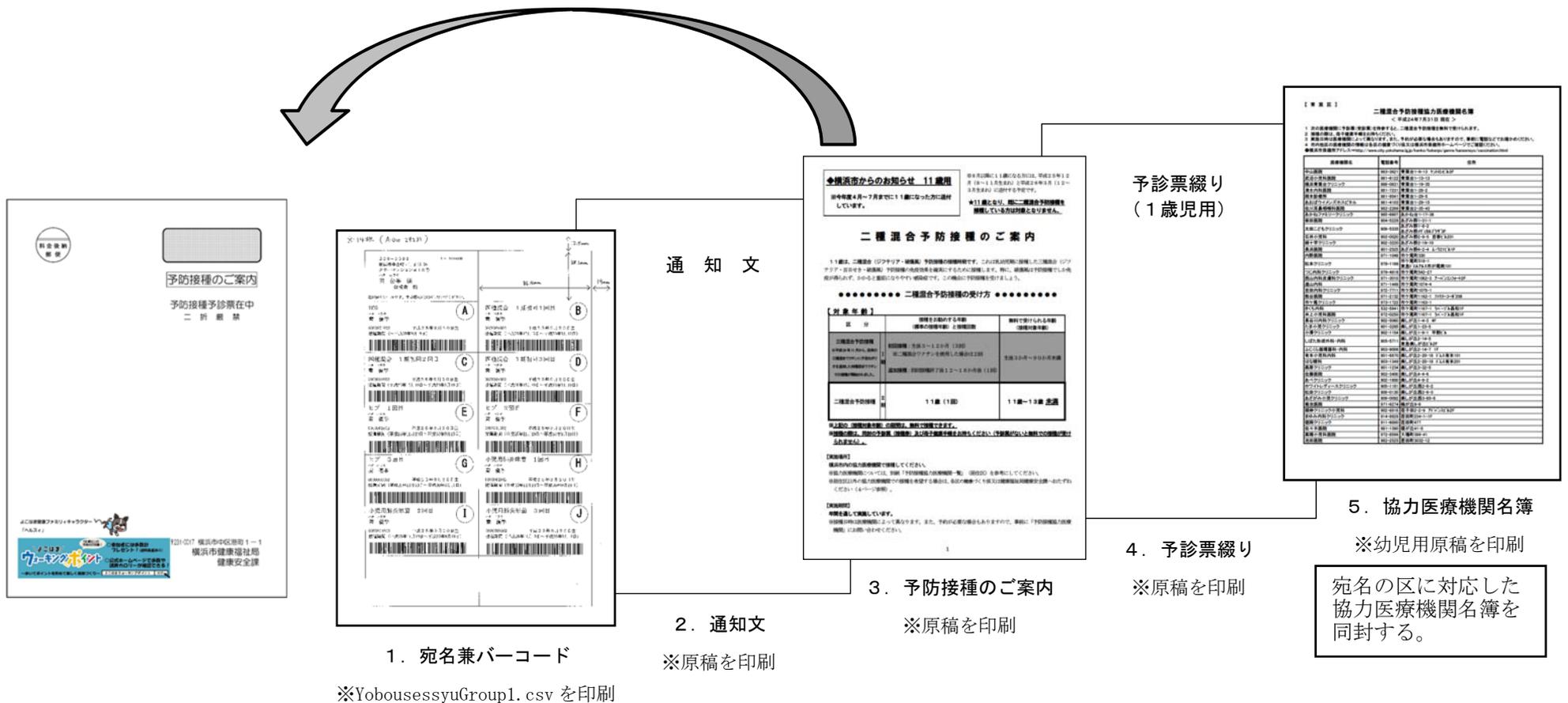


健康福祉局提出用		横浜市	
二種混合予防接種予診票 (接種対象年齢: 11歳~13歳未満)			
市内の協力医療機関以外では使用できません。 太枠内をもれなく記入してください。 接種当日は母子健康手帳をお持ちください。			
住所	横浜市	自宅	携帯
受ける人の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 か月)
保護者の氏名	回答欄		
質問事項	はい	いいえ	医師記入欄
今日受ける予防接種について「予防接種のしおり」などを読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生体重 () g	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください ()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名、発症日 ()			
1か月以内に家族や遊び仲間(麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が)いましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類、接種日 ()			
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか	はい	いいえ	
病名 ()			
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 項目	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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はありますか	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	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	診察所見欄	診察前の体温	度 分
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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。保護者に対して、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、説明しました。		[医師署名又は記名押印]
保護者	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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)。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、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。		[保護者自署]
保護者記入欄			
使用ワクチン名	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日	
ワクチン名 (皮下接種)		実施医療機関	
Lot No.	ml	医師名	
		接種年月日	平成 年 月 日
(注) ガンマグロブリンは、血清製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。			

封入封かん作業 (2)

【1歳児用個別通知】

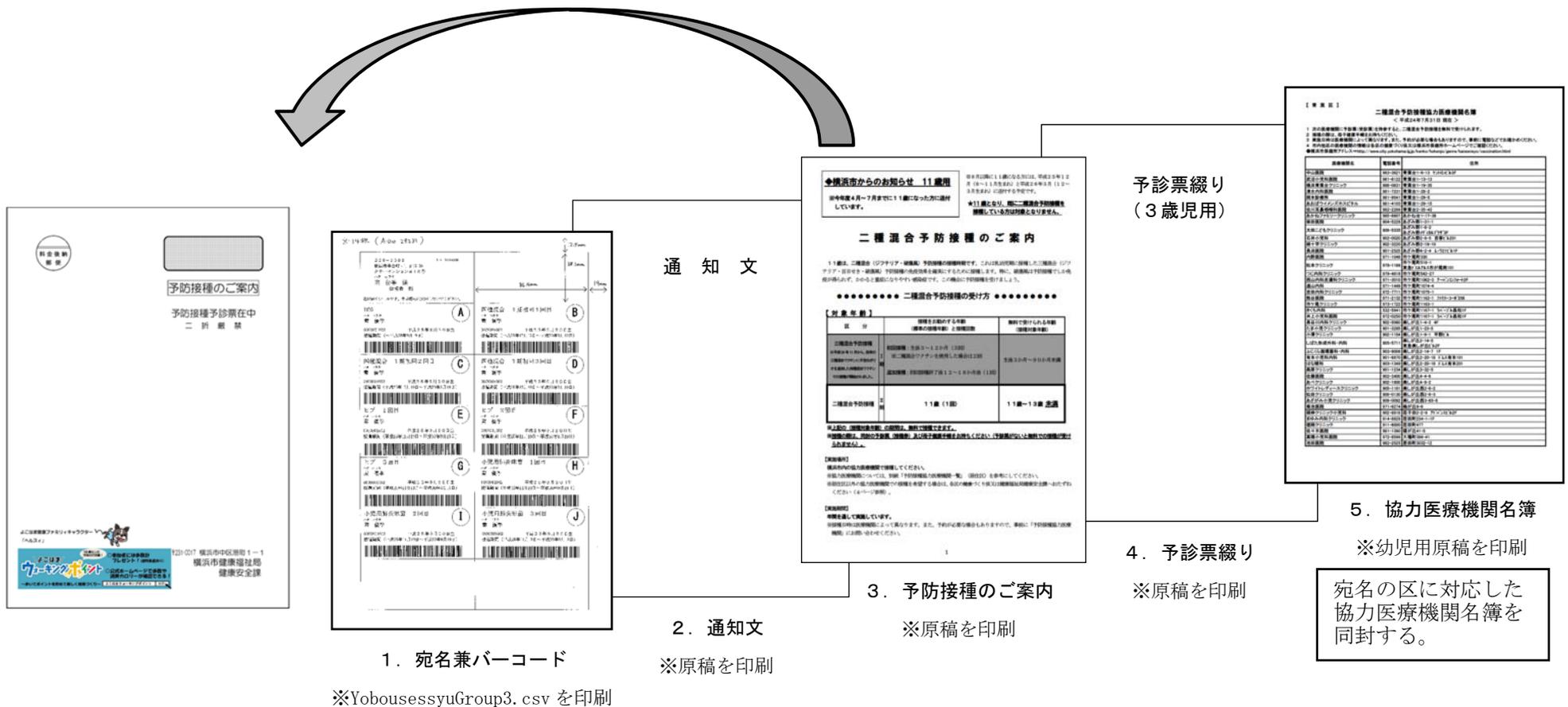
指定するデータ配信日の午後、CSVファイルを受信してから宛名印刷を開始し、送付書類が順次作成されていくので、指定する作業完了期日までに、次のとおり封入封かん作業を行います。



封入封かん作業 (3)

【3歳児用個別通知】

指定するデータ配信日の午後、CSVファイルを受信してから宛名印刷を開始し、送付書類が順次作成されていくので、指定する作業完了期日までに、次のとおり封入封かん作業を行います。



1. 宛名兼バーコード
※Yobousessyugroup3.csv を印刷

2. 通知文
※原稿を印刷

3. 予防接種のご案内
※原稿を印刷

4. 予診票綴り
※原稿を印刷

5. 協力医療機関名簿
※幼児用原稿を印刷

宛名の区に対応した
協力医療機関名簿を
同封する。

【事業案】 二種混合予防接種協力医療機関名簿

※平成24年7月31日現在

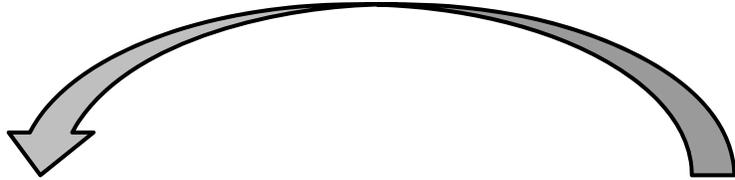
1. 本表は協賛機関(予診票、送付書)を配布するに、二種混合予防接種協力医療機関名簿です。
2. 協賛機関は、必ず送付書に協賛機関の住所、電話番号、受付時間等を記載してください。
3. 協賛機関が協賛期間が満了した場合は、本表から削除させていただきます。協賛期間が満了した場合は、本表から削除させていただきます。協賛期間が満了した場合は、本表から削除させていただきます。

医療機関名	電話番号	住所
川崎市立第一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第一小児科
川崎市立第二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二小児科
川崎市立第三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三小児科
川崎市立第四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四小児科
川崎市立第五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五小児科
川崎市立第六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六小児科
川崎市立第七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七小児科
川崎市立第八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八小児科
川崎市立第九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九小児科
川崎市立第十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十小児科
川崎市立第十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十一小児科
川崎市立第十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十二小児科
川崎市立第十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十三小児科
川崎市立第十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十四小児科
川崎市立第十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十五小児科
川崎市立第十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十六小児科
川崎市立第十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十七小児科
川崎市立第十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十八小児科
川崎市立第十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第十九小児科
川崎市立第二十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十小児科
川崎市立第二十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十一小児科
川崎市立第二十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十二小児科
川崎市立第二十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十三小児科
川崎市立第二十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十四小児科
川崎市立第二十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十五小児科
川崎市立第二十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十六小児科
川崎市立第二十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十七小児科
川崎市立第二十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十八小児科
川崎市立第二十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第二十九小児科
川崎市立第三十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十小児科
川崎市立第三十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十一小児科
川崎市立第三十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十二小児科
川崎市立第三十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十三小児科
川崎市立第三十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十四小児科
川崎市立第三十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十五小児科
川崎市立第三十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十六小児科
川崎市立第三十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十七小児科
川崎市立第三十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十八小児科
川崎市立第三十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第三十九小児科
川崎市立第四十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十小児科
川崎市立第四十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十一小児科
川崎市立第四十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十二小児科
川崎市立第四十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十三小児科
川崎市立第四十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十四小児科
川崎市立第四十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十五小児科
川崎市立第四十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十六小児科
川崎市立第四十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十七小児科
川崎市立第四十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十八小児科
川崎市立第四十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第四十九小児科
川崎市立第五十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十小児科
川崎市立第五十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十一小児科
川崎市立第五十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十二小児科
川崎市立第五十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十三小児科
川崎市立第五十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十四小児科
川崎市立第五十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十五小児科
川崎市立第五十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十六小児科
川崎市立第五十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十七小児科
川崎市立第五十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十八小児科
川崎市立第五十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第五十九小児科
川崎市立第六十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十小児科
川崎市立第六十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十一小児科
川崎市立第六十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十二小児科
川崎市立第六十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十三小児科
川崎市立第六十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十四小児科
川崎市立第六十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十五小児科
川崎市立第六十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十六小児科
川崎市立第六十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十七小児科
川崎市立第六十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十八小児科
川崎市立第六十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第六十九小児科
川崎市立第七十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十小児科
川崎市立第七十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十一小児科
川崎市立第七十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十二小児科
川崎市立第七十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十三小児科
川崎市立第七十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十四小児科
川崎市立第七十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十五小児科
川崎市立第七十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十六小児科
川崎市立第七十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十七小児科
川崎市立第七十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十八小児科
川崎市立第七十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第七十九小児科
川崎市立第八十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十小児科
川崎市立第八十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十一小児科
川崎市立第八十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十二小児科
川崎市立第八十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十三小児科
川崎市立第八十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十四小児科
川崎市立第八十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十五小児科
川崎市立第八十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十六小児科
川崎市立第八十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十七小児科
川崎市立第八十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十八小児科
川崎市立第八十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第八十九小児科
川崎市立第九十小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十小児科
川崎市立第九十一小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十一小児科
川崎市立第九十二小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十二小児科
川崎市立第九十三小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十三小児科
川崎市立第九十四小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十四小児科
川崎市立第九十五小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十五小児科
川崎市立第九十六小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十六小児科
川崎市立第九十七小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十七小児科
川崎市立第九十八小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十八小児科
川崎市立第九十九小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第九十九小児科
川崎市立第一百小児科	044-252-1111	川崎市川崎区第一百小児科

封入封かん作業 (5)

【日本脳炎 2 期用個別通知】

指定するデータ配信日の午後、CSVファイルを受信してから宛名印刷を開始し、送付書類が順次作成されていくので、指定する作業完了期日までに、次のとおり封入封かん作業を行います。



1. 日本脳炎 2 期予診票

※Yobouessyugroup9.csv を印刷



2. 通知文

※原稿を印刷



3. 接種のご案内

※原稿を印刷

【表 3】 二種混合予防接種協力医療機関名簿

※平成24年7月現在 施設名

- 自治体管内に1施設以上ある場合は、施設名をすべて掲載いたします。
- 協賛施設は、本通知を印刷する際に必ず印刷してください。本通知を印刷する際は必ず施設名を印刷してください。
- 自治体管内に1施設以上ある場合は、施設名をすべて掲載いたします。

施設名称	施設番号	住所
川崎市立川崎病院	001	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第二病院	002	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第三病院	003	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第四病院	004	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第五病院	005	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第六病院	006	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第七病院	007	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第八病院	008	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第九病院	009	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十病院	010	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十一病院	011	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十二病院	012	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十三病院	013	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十四病院	014	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十五病院	015	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十六病院	016	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十七病院	017	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十八病院	018	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第十九病院	019	川崎市川崎区宮前1-1-1
川崎市立川崎第二十病院	020	川崎市川崎区宮前1-1-1

4. 協力医療機関名簿

※日本脳炎 2 期用原稿を印刷

宛名の区に対応した協力医療機関名簿を同封する。

封入封かん作業（7）

【各種注意点】

封入封かん作業は、各グループで作業台を分けるなど、宛名に対し間違った書類を同封しないよう工夫してください。各グループ内でも、宛名の区ごとに同封する協力医療機関名簿は異なりますので、十分ご注意ください。

※委託期間中、担当職員が作業内容を検査させていただきますので、あらかじめご了承ください。

作業完了の連絡

定例日に各種CSVファイルとともに電子送付される件数確認票を受領

封入封かん作業完了段階で、グループごとの封かん件数が、件数確認票の件数と同数であるかチェック

作業完了期日までに、件数確認票に記載された件数分の封かん作業の完了を電話連絡

連絡先：045-671-4190 (健康安全課 予防接種担当)

重要) 抽出日の1週間後に、死亡・転出を事由とする送付物引抜きを依頼します

郵送件数を伝えるので、件数管理票の件数を適宜修正して保管

(封かん完了の封筒の窓部分)

230-0002
横浜市北区落合町1丁目45-36
タワーマンション410号
秦 優季 様
保護者様

引抜き対象表で、グループ番号・
区コード・連番をお伝えします

3-1-100000

【引抜き作業について】

封入封かん作業期間中に対象者が死亡又は転出するケースはごくまれであると思われませんが、引抜き依頼に対しては次のとおり対処してください。

- ①当課から作業完了日に、引抜き対象表を電子送付
- ②郵送までに引抜きを実施
- ③引抜いた送付物は、健康安全課に返却

郵送

指定する後納郵便物等差出票に必要項目を記載します。

郵送締切日までに、指定する郵便局へ送付物を差し出します。

後納郵便物等差出票は、件数確認票とともに保管し、写しを健康安全課へ提出して下さい。

備考：

送付物は、重量ごと・郵便番号上3桁ごとに区分して郵便局へ差し出します。

指定する郵便局は、受託業者の所在地・作業地を考慮して、健康安全課と郵便局担当者で調整します（1か所）。

郵便料金は健康安全課の請求書払となり、受託業者の費用負担はありません。

その他

- (1) 履行場所は受託業者に一任しますが、各種書類は施錠可能な場所で厳重に保管してください。
横浜市が提供する印刷物については、市外への搬出ができませんので、契約締結後、受託業者が市内の指定場所まで受け取りに来てください。
- (2) 汚損又は毀損した個人情報印字書類及び作業に要した個人情報データファイルは、責任をもって処分してください。
- (3) 横浜市が規定する「個人情報取扱特記事項」及び「電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項」に基づいた取り扱いとします。
なお、受託業者には、個人情報の保護管理体制について、後日所定様式により報告を求めます。
- (4) 予防接種制度の変更に対応するため、必要に応じて、印刷物の内容を変更します。
- (5) この仕様書に定めのない項目については、必要に応じて協議し定めることとします。