

オープンカウンター公告

令和6年12月10日

明石市長 丸谷 聡子
(公印省略 財務室契約担当)

物 品 名	形 質	数 量	備 考
予防接種手帳	仕様書のとおり		
仕様書のとおり			

1	案件番号	1210-405
2	見積書提出期限	令和6年12月24日 午後2時00分 まで
※一度提出された見積書は、書き換え、引き換え又は撤回等することはできませんのでご注意ください。		
3	見積書提出場所	明石市財務室契約担当
4	納 入 場 所	こども健康課
5	納 入 期 限	令和7年2月21日
6	参加要件 (①②のいずれも満たす者)	①市内業者、準市内業者 ②明石市競争入札等参加資格者名簿(物品・サービス部門)の物品の製造売買の部に契約の種類が <u>印刷写真</u> で登録されており、かつ、業種区分が <u>一般印刷</u> で登録されていること。
7	契約保証金	免除
8	消費税の取扱	落札金額に当たっては、見積書に記載された金額に当該金額の10%に相当する金額を加算した金額をもって落札金額とします。見積者は、消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積った契約希望金額の110分の100に相当する金額を見積書に記載してください。
9	同等品の取扱	仕様書で同等品による見積りを可能としている場合に、 <u>見積書提出前の指定日時までに担当課で同等品の承認を得ていない見積者の見積りは無効となります。</u> また、 <u>見積ったメーカー・型番を見積書の備考欄に必ず記載してください。</u>
10	質問期限	仕様書に対する質問がある場合は <u>明石市財務室契約担当宛に令和6年12月16日(月)午後1時まで</u> にメールまたはFAXで指定様式にて提出してください。(期限を過ぎての質問は受付できませんのでご注意ください)。
11	質問に対する回答	令和6年12月18日(水)午後1時(予定) に明石市ホームページ入札コーナーに掲載します。回答を確認のうえ見積書を提出してください。
12	その他	明石市オープンカウンター方式実施試行要領、明石市契約規則ほか関係法規を確認のうえ見積書を提出してください。

見積書

品名 予防接種手帳

金額

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

品名	形質	数量	単価	金額
予防接種手帳	仕様書のとおり	4,000部		

備考

上記の物品については、明石市契約規則その他関係法令等書類等熟知のうえ、上記の金額をもって見積します。

令和 年 月 日

明石市長 様

住所

商号又は名称

見積者

代表者職氏名

印

_____ 業者コード()

- ※注意
- ①見積書は訂正しないこと。
 - ②見積書に掲載する金額は、見積もった契約金額の 100/110に相当する金額を見積書に記載すること。

要保存：生後2カ月～小学6年生まで使用します

明石市予防接種手帳



なまえ

せいねんがつび

男

年 月 日うまれ

女

◎市外に転出すると使用できません。 ※転出日と同日も含む

予防接種に行く前のチェック！！

1. お子さんの体調はよいですか。
2. 今日受ける予防接種について必要性、効果及び副反応など理解していますか。わからないことがあれば、質問をメモしておきましょう。
3. 予防接種シールを貼付した予診票・母子健康手帳・健康保険証はもちましたか。
4. 予診票の記入はすみしましたか。



- お越しの際は、できる限り公共交通機関をご利用ください。
- お車でお越しの際は、周辺に民間駐車場がございますが、無料サービス等はいたしませんのでご了承ください。

明石市子ども健康センター

〒673-0891 明石市大明石町1丁目6番1号
パピオスあかし6階
TEL (078) 918-5656
明石市のホームページ <https://www.city.akashi.lg.jp/>

小児用肺炎球菌 初回1回目

定期接種の対象年齢は生後2カ月～5歳未満です。標準的には生後2カ月～7カ月未満に接種を開始します(できるだけ早期に接種しましょう)。
 初回接種は、2歳未満(標準的には1歳未満)で4週以上の間隔で接種します。
 接種を開始する年齢により接種回数を変更します。生後7カ月に至った日の翌日以降に接種を開始する場合、この初回1回目の予診票は使用できません。

きりとりせん

明石市小児用肺炎球菌(初回1回目)予防接種予診票

診察前の体温 度 分

ふりがな	男	生年	年	月	日生
受ける人の氏名	女	月日	(満)	歳	カ月)
保護者の氏名					
住 所	明石市		電話 - -		

↑医療機関で測ります。

※太枠の中は必ず記入してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄	
今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」などの説明書を読み、効果や副反応(特に腸重積症)などについて理解しましたか	いいえ	はい		
【B型肝炎の場合】母子感染予防として、出生後にB型肝炎の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	適	不適
【ロタの場合】今日の接種は何回目ですか。()回目 1回目の場合、出生14週6日後を過ぎていませんか	い	る	い	ない
お父さんの接種できる期間及び前回接種からの間隔が適正かを確認しましたか	いいえ	はい	適	不適
あなたのお父さんの発育歴について 出生体重()g	分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ	な	な
今日体に具合の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カ月以内に病気にかかりましたか 病名()なおった日(月 日頃)	はい	いいえ		
1カ月以内に家族や遊び仲間へ麻しん、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		
【BCGの場合】生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ		
1カ月以内に予防接種を受けましたか 種類()接種日(月 日)	はい	いいえ	適	不適
【ロタの場合】これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか	はい	いいえ	適	不適
【ロタの場合】これまでに、免疫不全と診断されましたか。また、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか	はい	いいえ	適	不適
これまでに、先天性異常、免疫不全症、心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液※の病気、胃腸障害※、その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか ※…ロタのみ 病名()	はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか()歳頃	はい	いいえ		
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		
【B型肝炎の場合】ラテックス過敏症※ですか ※…詳しくは裏面をお読みください	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 予防接種の種類()	あ	る	な	い
【ロタの場合】母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか 薬剤名()	はい	いいえ		
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		
これまでに、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 具体的に()	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(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(腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印				

↑同じワクチン同士の間隔チェック

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(特に腸重積症)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) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。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。 保護者自署

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン 沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン Lot No.	(皮下接種・筋肉内接種) 0.5ml	実施場所 医 師 名 年 月 日

明石市小児用肺炎球菌(初回1回目)予防接種券(市外に転出すると使用できません ※転出日同日も含む)

予防接種シール貼付欄
 ※シールを貼付していないと使用できません。
 ※シールに記載の期間外の接種は全額自己負担となります。

保護者氏名
 電話番号
 (携帯可)
 保護者記入欄

種類	9 85 10	回数	12 1	接種日	13 5	19	医コード	20	27
ワクチン名	沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン 沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン		接種量(皮下接種・筋肉内接種)		実施場所・医師名				
Lot No.	37		0.5ml						

↑医療機関できりとりします。