

印 刷 見 積 仕 様 書

★本案件は、福山市内に本店を有する方のみご参加いただけます。★

次に掲げる物件について、**2026年2月17日(火)**までに見積書を資産活用課へ提出してください。

なお、見積書は番号ごとに分けてください。※見本は要求課に返却すること※

見積書は所定の様式で提出をお願いします。

見積金額は契約希望金額から消費税相当額を除いた額を記載してください。

本案件についての質問がある場合は、案件公開週の木曜日までに質問書を提出してください。回答の公表は金曜日を予定しています。

見積り合わせの結果については書面又は福山市ホームページにより公表しますので、落札された場合は、**公表の日から原則5日以内に発注書を受領(契約締結)**してください。

見積書を提出された場合は、福山市契約規則第3条に基づき、請書をもって契約書に代えること、又は第4条に基づき、見積書をもって契約書に代えることに同意していただいたものとします。なお、契約の履行については、地方自治法施行令、福山市契約規則及び福山市物品調達契約約款の定めるところとします。

※何番の見積書であるかを必ず見積書内に記載してください。手書き可。例)⑤ 例)No.5 例)番号:5

番号	要求課	負担行為番号	品名	品質規格その他	納品方法	数量呼称	納品場所	希望納期
1	保健予防課	106231	福山市風しん抗体検査申請書 兼結果報告書	仕様書のとおり	搬入	150冊	保健予防課	2026年3月23日
2	(保健)総務課	105805	福山すこやかセンター使用許可申請書	仕様書のとおり	搬入	50冊	(保健)総務課	2026年3月31日
3	保育施設課	106358	人権を大切にした保育実践事例集“あしたもまたね”第47集	仕様書のとおり	搬入	1,010冊	保育指導課	2026年3月23日
4	文化振興課	105163	春季企画展 ポスター	仕様書のとおり	搬入	270枚	しんいち歴史民俗博物館	2026年3月25日
			春季企画展 チラシ	仕様書のとおり	搬入	2,000枚	しんいち歴史民俗博物館	2026年3月25日
5	市民課	107300	住民異動届	仕様書のとおり	搬入	25,000組	仕様書のとおり	2026年3月31日
6	保健予防課	106902	福山市乳幼児定期予防接種予診票	B型肝炎 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	水痘 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	ロタウイルス 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	BCG 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	2種混合 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	小児用肺炎球菌 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	RSウイルス 仕様書のとおり	搬入	5,000枚	保健予防課	2026年3月18日

の見積書は、福山地区消防組合用の様式を使用してください。

N o . 1 印 刷 仕 様 書

名 称：福山市風しん抗体検査申請書兼結果報告書

規 格：A 4 3部複写

1枚目（福山市控）：40K クリーム色

2枚目（医療機関控）：40K 白色

3枚目（受検者控）：40K 白色

1冊3部複写10セット

※規格については同等品可（保健予防課に確認要）

印刷枚数：150冊

刷 色：黒色1色刷り

原 稿：電子データ渡し（Word又はPDF）

校 正：1回校正（必要に応じ再校正あり）

納入期限：2026年（令和8年）3月23日（月）

納入場所：福山市保健福祉局保健部保健予防課

福山市三吉町南二丁目11番22号 福山すこやかセンター4階

■その他

- ・応札後、保健予防課から原稿を電子データ（電子メール等）で渡す。電子データ受渡までに内容を変更する場合があること。
- ・保健予防課に校正原稿を提出後、校正箇所が見つかった場合は、ただちに校正処理を行い、保健予防課へ再校正を提出すること。
- ・その他必要事項については、別途福山市と協議するものとする。

【問合せ先】福山市保健福祉局保健部保健予防課

担当者：櫻井

電話番号：084-928-1127

FAX：084-921-6012

N o. 2 仕様書

1. 品名

福山すこやかセンター使用許可申請書

2. 品質規格その他

サイズ A4

紙質 ノンカーボンで見本と同様のもの

文字色 1枚目 黒

2枚目 黒

印刷 別紙(枚)のとおり

1枚目は表のみ(片面印刷)、2枚目は表・裏あり(両面印刷)の2枚組

原稿渡 Excelデータ

3. 留意事項

- ・2枚組を剥がした時に、その2枚が剥離しない状態で50組1冊とすること
- ・2枚目の指定の場所(上下部分)は、複写しない処理を施すこと
- ・10冊単位で包装し、納品すること
- ・印刷前に要校正とし、校正は2回とする。

4. 数量

50冊

5. 納品場所

福山市保健福祉局保健部総務課

福山市三吉町南二丁目11番22号 福山すこやかセンター5階

6. 納品期限等

2026年(令和8年)3月31日(火)

7. その他

仕様書に定めのない事項については、必要に応じて、発注者と受注者が協議し定める。

8. 問い合わせ先

福山市保健福祉局保健部総務課 (担当:亀岡)

所在地:福山市三吉町南二丁目11番22号

電話番号:084-928-1164

開示・不開示の第1次判断			
開示・部分開示・不開示			
情報公開条例第6条第1項第号に該当			
許可	年	月	日

主務	課員	次長	課長

福山すこやかセンター使用許可申請書

年 月 日

福山市長様

申請者 住所

団体名

代表者

電話

福山すこやかセンターの使用について、次のとおり申請します。

※申請者は太枠の中で書いてください。

使用日時	年 月 日(曜日) 時 分～ 時 分							表示時間 時 分～		
行事の名称	予定人員							予定駐車台数 人 台		
行事の内容	会場整理責任者							連絡先		
施設	時間区分	午前	午後	夜間	昼間	昼夜間	全日	冷暖房	使 用 料	
	9～12時	13～17時	18～22時	9～17時	13～22時	9～22時	1 時間			
<input type="checkbox"/> 多目的ホール1	1,250	1,880	2,200	2,820	3,760	4,700	310		円	
<input type="checkbox"/> 多目的ホール2	1,030	1,560	1,770	2,400	3,130	3,970	310		円	
<input type="checkbox"/> 多目的ホール1・2	2,280	3,440	3,970	5,220	6,890	8,670	410		円	
<input type="checkbox"/> 和室	310	510	510	730	930	1,150	100		円	
<input type="checkbox"/> マンパワー研修室	1,350	2,080	2,400	3,130	4,080	5,130	310		円	
<input type="checkbox"/> マンパワー視聴覚室	830	1,250	1,460	1,880	2,500	3,130	200		円	
<input type="checkbox"/> 調理実習室	1,030	1,460	1,670	2,200	2,930	3,660	200		円	
<input type="checkbox"/> 栄養指導室	930	1,350	1,560	1,880	2,610	3,230	200		円	
施設使用料	円 免除・50%減額・減免対象外							①	円	
冷暖房使用料	有・無	時 分～ 時 分 (時間) × 円							②	円
備付け器具類 使 用 料	有・無	プロジェクター(スクリーン付)	1,560×						③	円
		スクリーン(持込機材用)	510×							
		シーリングスポットライト	510×							
		移動スピーカー	510×							
		マイク	510×							
		拡声装置	1,030×							
		持込電源	100×							
使用許可番号		減免団体登録番号		使用料合計	①+②+③					
備考										

福山すこやかセンター使用許可書

福山市長様

申請者 住 所

団体名

代表者

電 話

次のとおり許可します。

年 月 日

福山市長

印

使用日時	年 月 日(曜日) 時 分～ 時 分							表示時間 時 分～	
行事の名称								予定人員 人	予定駐車台数 台
行事の内容								会場整理責任者	連絡先
施設	時間区分	午前 9～12時	午後 13～17時	夜間 18～22時	昼間 9～17時	昼夜間 13～22時	全日 9～22時	冷暖房 1時間	使 用 料
<input type="checkbox"/> 多目的ホール1		1,250	1,880	2,200	2,820	3,760	4,700	310	円
<input type="checkbox"/> 多目的ホール2		1,030	1,560	1,770	2,400	3,130	3,970	310	円
<input type="checkbox"/> 多目的ホール1・2		2,280	3,440	3,970	5,220	6,890	8,670	410	円
<input type="checkbox"/> 和室		310	510	510	730	930	1,150	100	円
<input type="checkbox"/> マンパワー研修室		1,350	2,080	2,400	3,130	4,080	5,130	310	円
<input type="checkbox"/> マンパワー視聴覚室		830	1,250	1,460	1,880	2,500	3,130	200	円
<input type="checkbox"/> 調理実習室		1,030	1,460	1,670	2,200	2,930	3,660	200	円
<input type="checkbox"/> 栄養指導室		930	1,350	1,560	1,880	2,610	3,230	200	円
施設使用料				円	免除・50%減額・減免対象外				① 円
冷暖房使用料	有・無	時 分～ 時 分 (時間) × 円							② 円
備付け器具類使用料	有・無	プロジェクター(スクリーン付) 1,560× 円 スクリーン(持込機材用) 510× 円 シーリングスポットライト 510× 円 移動スピーカー 510× 円 マイク 510× 円 拡声装置 1,030× 円 持込電源 100× 円							③ 円
使用許可条件 裏面のとおり					使 用 料 合 計	①+②+③			
備考									

福山すこやかセンター使用上の注意事項

使用者は、福山すこやかセンター条例（平成13年条例第13号）及び福山すこやかセンター条例施行規則（平成13年規則第14号）に従い、次の許可条件を守ってください。また、使用に当たっては、職員の指示に従ってください。

【許可条件】

- 1 使用当日、事務室（夜間・休日・祝日は、防災センター。以下同じ。）に使用許可書を提示し、諸室の鍵等を受け取り、使用してください。
使用後、鍵等を事務室へ返却してください。
- 2 諸室の使用時間は、準備及び原状回復に要する時間を含みます。
- 3 定員は厳守してください。
- 4 館内は禁煙です。
- 5 広告類を掲示し、又は配布するときは、あらかじめ許可を受けてください。
- 6 センターの建物及び附属設備に、張り紙、鉛、釘打等をしないでください。
- 7 許可を受けていない室及び附属設備、器具等は使用しないでください。
- 8 使用前に器具の取扱い等、必要な事項を職員と打ち合わせをしてください。
- 9 持込器具の使用は事前に職員と協議の上、指示を受けてください。
- 10 多目的ホール使用の際には、必要に応じて、改札、駐車場及び案内の整理員を配置してください。
※これらに要する経費は、使用者の負担になります。
- 11 指定の場所以外で水及び火気を使用しないでください。
- 12 危険物の持込みは禁止します。
- 13 室内の机、椅子等の配列は使用者で行い、使用後は原状回復してください。
- 14 室内での食事は禁止されていますので、入場者に周知してください。
- 15 物品の販売及び寄付金の募集は、禁止します。
- 16 排出したごみは、お持ち帰りください。また、次の団体が使用しやすいように、整理・整頓してください。
- 17 福山すこやかセンター条例第9条の規定に基づき、災害（避難場所開設等）その他の管理上の理由等により、使用の許可を取り消し、又は使用を停止する場合があります。

この決定に不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、福山市長に対して審査請求することができます。

また、この通知を受け取った日（福山市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する福山市長の決定があったことを知った日）から6か月以内に、福山市を被告として、処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において福山市を代表する者は、福山市長となります。）。

N o. 3 仕 様 書

1. 品 名 人権を大切にした保育実践事例集
“あしたもまたね” 第47集

2. 数 量 保育所・こども園 (970冊)
幼稚園 (40 冊) 合計 1010冊

3. 用 紙 A4判
表・裏表紙：色上質紙 110kg オレンジ
中紙：上質紙 55kg

4. 印 刷 表紙 ・・・ 片面印刷
裏表紙 ・・・ 印刷なし
その他 ・・・ 両面印刷

5. 頁数等 表紙・裏表紙を除き、30頁あり。
1枚目は頁打ちなし
2枚目から頁打ちをすること。(1～27頁)
絵入りページ：なし

6. 原 稿 片面印刷で頁打ちのないものあり。
一部データ渡し可。
(データは頁打ちがなく、ワードファイルで7個にわかれている。)

7. 製 本 左とじ (見本のとおり)

8. 校 正 2回必要

9. 納 期 2026年3月23日

10. 納入場所 ネウボラ推進部保育指導課

No. 4 印刷仕様書

1. 品名

春季企画展 ポスター及びチラシ印刷
「布裂 一つないで受け継ぐ絲と布一」

2. 品質規格その他

○ポスター 規格：B2 サイズ・縦長・片面刷り・カラー印刷
紙質：マット紙90K
数量：270枚

○チラシ 規格：A4 サイズ・縦長・両面刷り・カラー印刷
紙質：マット紙90K
数量：2,000枚

○CD-ROMデータ渡し
イラストレーター・フォトショップで作成

○要色校正2回（本機・本紙ではなし）
色見本（A4 サイズ）をお渡しします

3. 注意事項

- ・印刷物（ポスター、チラシ）が見本の色味であること。
- ・印刷物（ポスター、チラシ）に欠陥（ヨゴレ、色ムラ、カスレ等）がある場合は、やり直すこと。
- ・印刷後は、CD-ROMデータを返却すること。

4. 納品場所・納品方法

○納品場所 福山市しんいち歴史民俗博物館（休館：月曜日・祝日の場合はその翌平日）
【福山市新市町新市916番地 Tel：0847-52-2992】

○納品方法 搬入

5. 納入期限

2026年（令和8年）3月25日（水）

布祭 ぬのきれ

つないで受け継ぐ糸と布
いと ぬの

2026(令和8)
4.25(SAT)
|
7.20(MON)



福山市しんいち歴史民俗博物館

〒729-3103 広島県福山市新市町新市916 開館時間：9時～17時
TEL&FAX: 0847-52-2992 休館日：毎週月曜日(祝日の場合はその翌日)

入場
無料

布裂

つないで受け継ぐ糸と布

自分の家で糸を紡ぎ、布を織り、着物が仕立てられていた時代、糸の原料の準備から始まり、糸を作り布に織りあげるまでには大変な手間と労力がかかりました。

布は貴重な財産とされ、布の裁断でも、多くの余り布が取れるよう工夫され、一片たりとも無駄にしないよう最大限に利用されました。

いくつもの手仕事によって生み出された布は、何度も水をくぐって色を変えながら、傷んだ場所を取り去り、仕立て直され、縫い、継ぎをあてられ、着物、布団側、おしめ、雑巾と形を変えながら擦り切れるまで使われ、最後は燃やされて灰になり、田畠にまかれてやっとその一生を終えます。

今回の展示では、幾度も再生を繰り返し伝えられた、「糸」と「布」から、布を最後まで十分に生かしきる知恵と技術、家族のためにより多くのものを作ろうという愛情などと共に、新古の布の色合いの美しさや力強さを見ていただけたらと思います。



耕下着



木綿耕蒲団地(裏面)



縞帳(江戸末期～昭和初期頃)



百徳こども着物



縞腰巻(裏面)

企画展の関連行事

①ギャラリートーク

担当職員による展示解説

日 時：5月9日(土) 13時30分～

場 所：当館 第一展示室

②ロビーコンサート

日 時：6月13日(土) 13時30分～

場 所：ロビーホール

③藍の生葉染

日 時：7月18日(土) 13時30分～

場 所：研修室・染室

定 員：15人 材料費：1000円

*関連行事の詳細は当館にお問い合わせください、広報ふくやまをご覧ください。



福山市しんいち歴史民俗博物館 福山市あしな文化財センター



〒729-3103 広島県福山市新市町新市916
TEL/FAX.0847-52-2992
<http://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/>
E-mail : shinichi-hakubutsukan@
city.fukuyama.hiroshima.jp

交通案内

車の場合

山陽自動車道福山東ICから国道182号線を北へ

国道486号線を西へ(約40分)

福山西ICから尾道～福山バイパス経由、県道48号線を北へ(約30分)

電車の場合 JR福塩線新市駅下車、徒歩約10分

バスの場合 新市支所下車、徒歩約7分

No. 5 仕様書

1 品名

住民異動届印刷製本

2 品質規格その他

サイズ A4

紙質 ノンカーボン40（見本添付）

文字色 1枚目 黒（市民課）

2枚目 緑（保険年金課（年金））

3枚目 茶（保険年金課（国保））

印刷 別紙（3枚）のとおり

3 注意事項

- ・簡単に剥離しないが、剥がしやすい状態で3枚1組とすること
- ・2枚目及び3枚目の指定の場所（　　部分）は複写しない処理を施すこと
- ・2枚目及び3枚目の複写が鮮明であること
- ・500組単位で包装し納品すること
- ・納品場所別に指示数量を納品すること
- ・印刷前に要校正（2回）※校正には各2日間を要す
(校正時に複写の鮮明さも確認する)

4 数量

25,000組

5 納品方法・納品場所

搬入場所

名称	住所	電話番号	担当	数量
市民部市民課	福山市東桜町3番5号	084-928-1058	早坂	12,000組
松永市民サービス課	福山市松永町三丁目1番29号	084-930-0401	赤木	3,000組
北部市民サービス課	福山市駅家町大字倉光37番地1	084-976-8801	奈良木	3,000組
東部市民サービス課	福山市伊勢丘六丁目6番1号	084-940-2570	桐島	4,000組
神辺市民サービス課	福山市神辺町大字川北1151番地1	084-962-5010	千葉	3,000組

6 納入期限

2026年（令和8年）3月31日（火）

7 問い合わせ先

福山市役所本庁舎1階 市民部市民課

担当：早坂 TEL 084-928-1058

太枠内を強くはっきりと書いてください。性別欄の記入は任意です。本人確認書類をご提示ください。第三者に委任する場合は委任状が必要です。

市発行の資格確認書がある場合は添付が必要です。

住民異動届

福山市長様

異動区分	住民国保年金	処理区分	転入カード転入未届転入入国等	住所設定転出取消生在留資格取得	転出カード転出死亡	転居世帯変更世帯主変更世帯分離世帯合併	届出修正続柄修正	本人確認	個力・免・旅券在力等・資確・診委・()		受理通知要 転出証明 再交付	変更区分	一部 全 部	全・全 全・一 一・全 一・一	世帯番号	新	
									転出年月日 (今日の日付)	届出年月日 (今日の日付)						名前	名前
届出年月日 (今日の日付)	・・	届出人	1 本人 2 世帯主 3 世帯員 4 代理人	代理人の場合は住所を記入してください。		新	新	新	新	新	新	新	新	新	新	新	国保
異動年月日	・・		日中連絡のとれる電話番号	自宅・携帯・勤務先		新	新	新	新	新	新	新	新	新	新	新	新
新住所	方書(アパート名等)					世帯主	フリガナ		名前	新	新	新	新	新	新	新	1 取得 新再 1 社保 加入 追
旧住所	方書(アパート名等)					世帯主	フリガナ		名前	新	新	新	新	新	新	新	2 喪失 2 生保 開始
No.	名前		生年月日	性別	世帯主との続柄	国民健康保険		基礎年金番号種別	個人カード	児 後	国籍・地域	在留資格	在留カード等番号	在力等	即刻・郵送・回収		
1	大昭平令西暦 ・・		男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3 任	介護	特定 変更	中永仮経	区分	在留期間	満了の日	年金	1 新規取得 1 公年脱 2 再取得 2 公年加入 3 喪失 3 在外任意 4 種別変更 4 その他 5 附加年金任意		
2	大昭平令西暦 ・・		男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3 任	有無 特定 変更	中永仮経	年 月	・・			有	1 転出証明書 8 国保 2 住・戸・印等 資確・お知らせ 3 印鑑カード 学・遠・特療 4 個力カード 9 国保期間証明 5 個力申請書 10 母子手帳等 6 在留力等 11 出生届済証明 7 特定在力等 12 コード通知票 その他 []		
3	大昭平令西暦 ・・		男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3 任	有無 特定 変更	中永仮経	年 月	・・			無			
4	大昭平令西暦 ・・		男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3 任	有無 特定 変更	中永仮経	年 月	・・			有			
5	大昭平令西暦 ・・		男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3 任	有無 特定 変更	中永仮経	年 月	・・			無			
同日戸籍届出		婚姻・離婚・転籍・入籍・縁組・離縁・出生・その他()										市民課				受付	番号
本籍	筆頭者																
受付	確認	個力	在力	IC	国保	給付	年金	入力	審査	失期	No.	—					
	F	/	/								No.	—					
[CS・本籍・続柄・最終住民登録地・旅券・山/耕地番・()]																	

太枠内を強くはっきりと書いてください。性別欄の記入は任意です。本人確認書類をご提示ください。第三者に委任する場合は委任状が必要です。

市発行の資格確認書がある場合は添付が必要です。

住民異動届

福山市長様

◎転入された方で以前福山市に住んでいたことがある方は、番号に○をしてください。

異動区分	住民国保年金	処理区分	転入カード転入未届転入入国等	住所設定転出取消生在留資格取得	転出カード転出死亡	転居世帯変更世帯主変更世帯分離世帯合併	届出修正続柄修正	本人確認	個力・免・旅券 在力等・資確・診 委・()		受理通知要 転出証明 再交付	変更区分	一部 全 部	全・全 全・一 一・全 一・一	世帯番号	新
									転出年月日 (今日の日付)	届出年月日 (今日の日付)						名前
届出年月日 (今日の日付)	・・	届出人	1 本人 2 世帯主 3 世帯員 4 代理人	代理人の場合は住所を記入してください。		新	新	新	新	新	前	旧	新	国保		
異動年月日	・・		日中連絡のとれる電話番号	—	—	自宅・携帯・勤務先	新	新	新	新	新	新	新	新		
新住所	方書(アパート名等)				世帯主	フリガナ	名前	新	新	新	新	新	新	新	新	
旧住所	方書(アパート名等)				世帯主	フリガナ	名前	新	新	新	新	新	新	新	新	
フリガナ				個人番号(マイナンバー)				基礎年金番号 種別				即刻・郵送・回収				
No.	名前		生年月日	性別	世帯主との続柄	国民健康保険		介護	番号		個力 通力 住民票 無 ()	年金				
1			大昭平令西暦 ・・	男女		有	取	再交	有	個力 免 旅券 在力 無()	1 新規取得 1 公年脱					
2			大昭平令西暦 ・・	男女		無	喪	回収	無	個力 免 旅券 在力 無()	2 再取得 2 公年加入					
3			大昭平令西暦 ・・	男女		資	マ	回収	資	個力 免 旅券 在力 無()	3 喪失 3 在外任意					
4			大昭平令西暦 ・・	男女		有	取	再交	有	個力 免 旅券 在力 資確 無()	4 種別変更 4 その他					
5			大昭平令西暦 ・・	男女		無	喪	回収	無	個力 免 旅券 在力 資確 無()	5 付加年金任意(基金・iDeCo無)					
保険年金課(年金)												交付				
受付	確認	個力	在力	IC	国保	給付	年金	入力	審査	失期	No.	—	1 転出証明書 8 国保 2 住・戸・印等 資確・お知らせ 3 印鑑カード 学・遠・特療 4 個力カード 9 国保期間証明 5 個力申請書 10 母子手帳等 6 在留力等 11 出生届済証明 7 特定在力等 12 コード通知票 その他 []			
											No.	—				
													受付			
														番号		

太枠内を強くはっきりと書いてください。性別欄の記入は任意です。本人確認書類をご提示ください。第三者に委任する場合は委任状が必要です。

市発行の資格確認書がある場合は添付が必要です。

住民異動届

福山市長様

◎転入された方で以前福山市に住んでいたことがある方は、番号に○をしてください。

異動区分	住民国保年金	処理区分	転入カード転入未届転入入国等	住所設定転出取消生在留資格取得	転出カード転出死亡	転居世帯変更世帯主変更世帯分離世帯合併	届出修正続柄修正	本人確認委・()	個力・免・旅券 在力等・資確・診 委・()		受理通知要 転出証明 再交付	変更区分	一部 全 部	全・全 全・一 一・全 一・一	世帯番号	新	
									転出年月日 (今日の日付)	届出年月日 (今日の日付)						名前	名前
届出年月日 (今日の日付)	・・	届出人	1 本人 2 世帯主 3 世帯員 4 代理人		代理人の場合は住所を記入してください。		新 世帯 変更による 続柄 変更	名前		前	旧	新	国保				
異動年月日	・・		日中連絡のとれる電話番号		自宅・携帯・勤務先			名前	フリガナ	名前	フリガナ	名前	名前	新 世帯 旧			
新住所	方書(アパート名等)					世帯主	新 世帯 主		新 世帯 主		新 世帯 主		新 世帯 主		新 世帯 主		
旧住所	方書(アパート名等)						新 世帯 主	新 世帯 主		新 世帯 主	新 世帯 主		新 世帯 主	新 世帯 主		新 世帯 主	
フリガナ			個人番号(マイナンバー)			国民健康保険		基礎年金番号 種別		照会 結果 保留 番号 身元 代理 特定活動 活動内容	世帯主 個人番号		世帯主 個人番号		即刻・郵送・回収		
No.	名前			生年月日	性別	世帯主 との続柄	介護	個力 通力	住民票		無	1 取得		1 社保 加入 喪失		年金	
	1	大昭平令西暦 ・・			男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3		任	2 売失		2 生保 開始		3 学該・非 4 遠該・非 ・資格喪失証明書 4 再交付	
2	大昭平令西暦 ・・			男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3	任		3 新規取得		3 在外任意		4 保育料 5 付加年金任意		
3	大昭平令西暦 ・・			男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3	任		4 再取得		4 在外任意		5 その他		
4	大昭平令西暦 ・・			男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3	任		5 その他		6 在留力等 7 特定在力等 8 その他		6 その他		
5	大昭平令西暦 ・・			男女	有 無 資	取 喪 マ	再 交 回 収	1 3	任		9 その他		9 その他		10 その他		
保険年金課(国保)											受付				受付		
受付	確認	個力	在力	IC	国保	給付	年金	入力	審査		失期	No.	—				
	F	/	/									No.	—			番号	

N o. 6
2025年度（令和7年度）福山市乳幼児定期予防接種予診票 仕様書

■仕様書

名 称：福山市乳幼児定期予防接種予診票（7種類）

サ イ ズ：A 4

印刷用紙・紙質：上質紙 薄口55kg 無地 白色

刷 色：2色刷り 黒色及びA4縦用紙上部に帯状の指定色（1色）を印刷
帯色のサンプルについては、紀州の色上質紙（薄口）を参照

校 正：1回校正（2色刷りの場合の色校正を含む。）必要に応じて再校正

印刷枚数：7種類 計35,000枚（1,000枚を1包）（100枚ごとに付箋）

予診票種別	印刷枚数	帯指定色	備考
B型肝炎	5,000枚	桃色	片面刷り
水痘	5,000枚	赤色	片面刷り
ロタウイルス	5,000枚		片面刷り
BCG	5,000枚	青色	片面刷り
2種混合	5,000枚	若草色	片面刷り
小児用肺炎球菌	5,000枚	青色	片面刷り
RSウイルス	5,000枚	空色	片面刷り

原 稿：エクセルデータ

納入期限：2026年（令和8年）3月18日（水）

納入場所：福山市保健所保健予防課
(福山市三吉町南二丁目11-22 福山すこやかセンター4F)

■その他

その他必要項目については、別途、福山市と協議するものとする。

■納入先

福山市保健所保健予防課 電話番号 084-928-1127
FAX 084-921-6012 担当：小林

福山市B型肝炎予防接種予診票

1回 2回 3回 *回数のいずれかに✓をしてください。

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	電話番号 () -									
	福山市										
	名前	カタカナ (*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)									
		漢字									
	生年月日	西暦 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日 (又は 和暦 年)									年齢
保護者名前	診察前の体温			度 分							
質問事項 *回答欄のいずれかを○で囲んでください。				回答欄	医師欄						
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。				はい	いいえ						
お子さんの発育歴についておたずねします。				あつた あつた ある	なかつた なかつた ない						
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。											
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か月以内に病気にかかりましたか。				はい	いいえ						
(病名())											
1か月以内に、家族や遊び友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。				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						
予防接種名		接種月日	月 日	月 日							
()											
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。				はい	いいえ						
(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)											
(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いわれましたか。				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。 ()か月頃)				はい	いいえ						
その時熱が出ましたか。				はい	いいえ						
主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。				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、体の具合が悪くなつたことがありますか。				はい	いいえ						
アレルギー過敏症ですか。											
*天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応				はい	いいえ						
(がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物など(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン、かぼ)にアレルギーがある場合は一ヶ組談ください)											
近親者に、先天性免疫不全と診断されている人はいますか。				はい	いいえ						
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。				はい	いいえ						
予防接種の種類()				はい	いいえ						
近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか。				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						
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。				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						
記 入 医 師 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 ・ 見合せた方がよい) と判断します。			医師署名又は記名押印							
	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、説明をしました。										
記 保 入 護 欄 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うえで、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、この予診票が市に提出されることに同意します。										
ワクチンロット番号		接種量	実施場所・医師名・接種年月日								
Lot No.		(皮下接種) 0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 西暦 20 年 月 日								
有効期限 年 月 日 ※シール貼付可											

(注)有効期限が切れていないか要確認
*この予診票は、保健予防課で保管します。

福山市水痘予防接種予診票

1回目 2回目 *回数別のいずれかに✓をしてください。

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	電話番号 () -		
	福山市			
	名前	カタカナ (* 姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)		
	生年月日	漢字	性別	いずれかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保護者名前	西暦 [] 年 [] 月 [] 日 (又は 和暦 年)	年齢	歳 か月	
		診察前の 体温	度 分	
質問事項 *回答欄のいずれかを○で囲んでください。			回答欄	医師欄
お子さんは、水痘ワクチンの接種を受けたことがありますか。			0回・1回・2回	
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。			はい	いいえ
お子さんの発育歴についておたずねします。 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。			あつた あつた ある	なかつた なかつた ない
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か月以内に病気にかかりましたか。 病名()			はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 病名()			はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 接種月日 月 日 月 日			はい	いいえ
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気) 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いわれましたか。			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。 ()歳頃 その時熱が出ましたか。 主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。			はい はい はい	いいえ いいえ 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りことがありますか。			はい	いいえ
近親者に、先天性免疫不全と診断されている人はいますか。			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りことがありますか。 予防接種の種類()			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りさんはいますか。			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
記 入 欄	以上の中診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合せた方がよい) と判断します。 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、説明をしました。			医師署名又は記名押印
記 保 入 護 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うえで、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、この予診票が市に提出されることに同意します。			保護者自署
ワクチンロット番号		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.		(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 西暦 20 年 月 日	
有効期限 年 月 日		※シール貼付可		

(注) 有効期限が切れていないか要確認

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、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か月以内に受けた人は、水痘などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

*この予診票は、保健予防課で保管します。

福山市ロタウイルス予防接種予診票

* いずれかに✓をしてください。

ロタリックス (2回接種)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input checked="" type="checkbox"/>
ロタテック (3回接種)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目

* 確認後、✓とご記入をお願いします。

1回目の場合、出生14週6日後を過ぎていませんか。
 2回目、3回目の場合、前回の接種から27日以上の
 間隔があいていますか。(前回の接種日： 月 日)

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	電話番号 () -											
	福山市												
	名前	カタカナ(*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)											
	漢字	性別	いずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										
生年月日	西暦 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日 (又は 和暦 年)										出生週日後 (誕生日の翌日を1日として算出)		
保護者名前	診察前の 体温	度 分											

質問事項	回答欄		医師欄
* 回答欄のいずれかを○で囲んでください。			
今日受ける予防接種についての説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
腸重積症について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします。			
出生体重()g			
分娩時に異常がありましたか。	あつた	なかつた	
出生後に異常がありましたか。	あつた	なかつた	
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。具体的な症状を書いてください。 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名()			
1か月以内に、家族や遊び友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 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	
予防接種名 接種月日 月 日 月 日			
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がいがありますか。※この場合、ロタウイルスワクチンの接種はできません。	はい	いいえ	
これまでに、免疫不全と診断されていますか。または、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。※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。	はい	いいえ	
その他、これまでに先天性異常、胃腸障がい、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。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は受けよといわれましたか。	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。 ()ヶ月頃	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	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、体の具合が悪くなつことがありますか。	はい	いいえ	
近親者に、先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	はい	いいえ	
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなつことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()	はい	いいえ	
近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか。	はい	いいえ	
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	
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。	はい	いいえ	

記 入 欄 医 師	以上の中診及び診察の結果、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。	医師署名又は記名押印
	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、説明をしました。	
記 入 欄 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うえで、接種することに (同意します・同意しません)	保護者自署
	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、この予診票が市に提出されることに同意します。	

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.	(経口接種) いずれかに✓をしてください。	実施場所		
有効期限 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.5mL(ロタリックス) <input type="checkbox"/> 2.0mL(ロタテック)	医師名	接種年月日	西暦 20 年 月 日
※シール貼付可				

(注)有効期限が切れていないか要確認

*この予診票は、保健予防課で保管します。

福山市BCG予防接種予診票

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	電話番号 () -											
	福山市												
	名前	カタカナ (* 姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)											
		漢字	性別	いずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
	生年月日	西暦 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 日 (又は 和暦 年)										年齢	か月
保護者名前		診察前の 体温	度 分										
質問事項		*回答欄のいずれかを○で囲んでください。		医師欄									
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。		はい	いいえ										
お子さんの発育歴についておたずねします。													
出生体重()g													
分娩時に異常がありましたか。		あつた	なかつた										
出生後に異常がありましたか。		あつた	なかつた										
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。具体的な症状を書いてください。 ()		はい	いいえ										
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名()		はい	いいえ										
生まれてから今までに家族や遊び友達で結核にかかった人がいましたか。		はい	いいえ										
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 接種月日 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>月</td><td>日</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>月</td><td>日</td></tr></table>				月	日	月	日	はい	いいえ				
月	日												
月	日												
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、結核その他の病気) 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いわれましたか。		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。 ()歳頃 その時熱が出ましたか。		はい	いいえ										
主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。		はい	いいえ										
近親者に、先天性免疫不全と診断されている人はいますか。		はい	いいえ										
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。 予防接種の種類()		はい	いいえ										
近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか。		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										
記 入 欄 医 師	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。 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、説明をしました。			医師署名又は記名押印									
記 入 欄 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うえで、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、この予診票が市に提出されることに同意します。			保護者自署									
ワクチンロット番号 Lot No.		接種量 規定量をBCG用管針 を用いて経皮接種	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 西暦 20 年 月 日										
有効期限 年 月 日 ※シール貼付可													

(注)有効期限が切れていないか要確認

*この予診票は、保健予防課で保管します。

福山市2種混合(DT)予防接種予診票

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	電話番号 () -		
	福山市			
	名前	カタカナ(*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)		
	漢字	性別	いずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日 (又は 和暦 年)	西暦 年 月 日	年齢	歳 か月
保護者名前	診察前の 体温	度	分	
質問事項 *回答欄のいずれかを○で囲んでください。			回答欄	医師欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。			はい	いいえ
お子さんの発育歴についておたずねします。				
出生体重()g				
分娩時に異常がありましたか。			あつた あつた ある	なかつた なかつた ない
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。				
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か月以内に病気にかかりましたか。 病名()			はい	いいえ
1か月以内に、家族や遊び友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 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
予防接種名 接種月日 月 日	月 日	月 日		
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気) 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いわれましたか。			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。 ()歳頃 その時熱が出ましたか。			はい はい	いいえ いいえ
主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。			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、体の具合が悪くなつ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人はいますか。			はい	いいえ
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。			はい	いいえ
予防接種の種類()			はい	いいえ
近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか。			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
記入欄 医師	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。 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、説明をしました。			医師署名又は記名押印
記入欄 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うえで、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、この予診票が市に提出されることに同意します。			保護者自署
ワクチンロット番号 Lot No.		接種量 (皮下接種) 0.1 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 西暦 20 年 月 日	
有効期限 年 月 日 ※シール貼付可				

(注)有効期限が切れていないか要確認
※この予診票は、保健予防課で保管します。

福山市小児用肺炎球菌予防接種予診票

*回数のいずれかに✓をしてください。

初回 (1回 2回 3回) 追加

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	電話番号 () -				
	福山市					
	名前	カタカナ (*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)				
	漢字	性別	いずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	西暦 (又は 和暦)	年 年)	月 月)	日 日)	年齢	歳 か月
保護者名前				診察前の体温	度 分	

質問事項	回答欄		医師欄
*回答欄のいずれかを○で囲んでください。			
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g	あつた あつた ある	なかつた なかつた ない	
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。			
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か月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 接種月日 月 日 月 日	はい	いいえ	
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気) 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いわれましたか。	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。 ()歳頃	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	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、体の具合が悪くなつ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人はいますか。	はい	いいえ	
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなつた人はいますか。	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	

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・見合せた方がよい)と判断します。 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、説明をしました。	医師署名又は記名押印
記保護欄	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うえで、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、この予診票が市に提出されることに同意します。	保護者自署

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.	いずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 皮下接種 <input type="checkbox"/> 筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日	西暦 20	年 月 日
有効期限 年 月 日 ※シール貼付可				

(注)有効期限が切れていないか要確認

*この予診票は、保健予防課で保管します。

福山市RSウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用)

太枠の中は、被接種者が記入してください。

被接種者	住所	電話番号 () -		
	福山市			
	名前	カタカナ(*姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)		
		漢字		性別
生年月日	西暦 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; text-align: center;">[] [] [] </table> 年 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; text-align: center;">[] [] </table> 月 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; text-align: center;">[] [] </table> 日 (又は 和暦 年)	年齢	歳	
		診察前の体温	度 分	
質問事項 *回答欄のいずれかを○で囲んでください。			回答欄	医師欄
RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。			はい	いいえ
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。			はい	いいえ
今日受ける予防接種についての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。具体的な症状を書いてください。 ()			はい	いいえ
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなつ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
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつ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。 予防接種名 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse; text-align: center;">[] [] </table> 接種月日 月 日 月 日			はい	いいえ
心臓病、育腫病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかつ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か月以内に熱が出たり、病気にかかつたりしましたか。 病名()			はい	いいえ
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか。 妊娠週数(週) 日目 出産予定日(年月)			はい	いいえ
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。			はい	いいえ
妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。			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
記入欄	以上の中診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合せた方がよい)と判断します。 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、説明をしました。			医師署名又は記名押印

RSウイルス感染症予防接種希望書(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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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・希望しません) ※どちらかを○で囲む。
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。 このことを理解のうえ、この予診票が市に提出されることに同意します。		本人署名 ※必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)
※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人意思を確認し、本人意思に反するこ となく、本人署名欄に 本人の名前 を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を 記載してください。		代筆者名前 続柄

ワクチンロット番号 Lot No.	接種量 (筋肉内接種) 0.5 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 西暦 20 年 月 日	
有効期限 年 月 日 ※シール貼付可			

(注)有効期限が切れていないか要確認

*この予診票は、保健予防課で保管します。