

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7月14日(火)** までに見積書を資産活用課へ提出してください。

見積書提出用メールアドレス【chotatu@city.fukuyama.hiroshima.jp】

なお、見積書は番号ごとに付けてください。※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	27275	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	6,000枚	保健予防課	2026年8月28日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	麻しん風しん 仕様書のとおり	搬入	6,000枚	保健予防課	2026年8月28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	3,000枚	保健予防課	2026年8月28日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	日本脳炎 仕様書のとおり	搬入	6,000枚	保健予防課	2026年8月28日
			福山市乳幼児定期予防接種予診票	5種混合 仕様書のとおり	搬入	6,000枚	保健予防課	2026年8月28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	3,000枚	保健予防課	2026年8月28日
2	環境総務課	27390	返信用封筒(料金受取人払郵便)	仕様書のとおり	搬入	2,300枚	環境総務課	2026年9月18日
3	保健予防課	28951	福山市高齢者コロナウイルス感染症予防接種予診票	仕様書のとおり	搬入	20,000枚	保健予防課	2026年8月13日
			福山市高齢者コロナウイルス感染症予防接種説明書	仕様書のとおり	搬入	300枚	保健予防課	2026年8月13日
			福山市高齢者インフルエンザ予防接種等済証	仕様書のとおり	搬入	100,000枚	保健予防課	2026年8月13日
4	環境保全課	27429	熱中症啓発ポスター	仕様書のとおり	搬入	300枚	環境保全課	2026年8月21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。

No. 1

2026年度（令和8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（6種類）

サイズ：A4

印刷用紙・紙質：上質紙 薄口55kg 無地 白色【5種混合以外】
上質紙 薄口55kg 無地 桃色【5種混合】

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。）

印刷枚数：6種類 計30,000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	6,000枚	桃色	片面刷り
麻疹風疹	6,000枚	白茶色	片面刷り
ロタウイルス	3,000枚	—	片面刷り
日本脳炎	6,000枚	藤色	片面刷り
5種混合	6,000枚	—	片面刷り
RSウイルス	3,000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）8月14日（金）
不備が生じた場合における補正後の最終納品期限：2026年（令和8年）8月28日（金）

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	福山市		電話番号 () -
	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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (又は 和暦 年)	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。 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。			あった あった ある	なかった なかった 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疹、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() 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 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ことがありますか。 ラテックス過敏症ですか。 *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、メロンなど)にアレルギーがある場合にはご相談ください。			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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.	(皮下接種)	実施場所		
有効期限 年 月 日	0.25ml	医師名		
※シール貼付可		接種年月日	西暦 20 年	月 日

 (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。

福山市麻しん風しん混合予防接種予診票

 1期

 2期

* 期別のいずれかに✓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	福山市		電話番号 () -	
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 (又は 和暦 年)	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。 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。		あった あった ある	なかった なかった 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きましたか。 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() 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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
Lot No.	(皮下接種)	実施場所			
有効期限 年 月 日	0.5 ml	医師名			
※シール貼付可		接種年月日	西暦 20 年	月 日	

(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、麻しん風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。

*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。

* 確認後、✓とご記入をお願いします。

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

- 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	福山市		電話番号	() -
	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	年	月	日	出生 週 日後 (誕生日の翌日を1日として算出)
保護者名前	(又は 和暦 年)		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、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。 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。	あった あった ある	なかった なかった 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疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか。 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	はい	いいえ		
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。()ヶ月頃 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言われましたか。	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	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)	医師名
※シール貼付可	<input type="checkbox"/> 2.0mL(ロタテック)	接種年月日 西暦 20 年 月 日

(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。

福山市日本脳炎予防接種予診票

*回数別のいずれかに✓をしてください。

1期初回1回 1期初回2回 1期追加 2期

太枠の中を、被接種者又は保護者が記入してください。

被接種者	住所	福山市		電話番号 () -	
	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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (又は 和暦 <input type="text"/> 年)	年齢	歳 月 日	
保護者名前	*被接種者が満16歳以上の場合は、記載不要です。			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。 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。		あった あった ある	なかった なかった 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疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか。 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		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		
13歳以上の女性の人へ:現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。		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(被接種者が満16歳以上の場合は本人)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		
被接種者又は保護者	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。		保護者又は被接種者自署(被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)		
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) いずれかにチェック✓ をしてください。	実施場所			
有効期限 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 0.25ml (3歳未満)	医師名			
※シール貼付可		接種年月日	西暦 20 年 月 日		

(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5種混合予防接種予診票

*回数別のいずれかに✓をしてください。

1期1回 1期2回 1期3回 1期追加

太枠の中は、保護者が記入してください。

お 子 さ ま	住所	福山市		電話番号 () -	
	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	年	月	日
保護者名前	(又は 和暦)	年			
			診察前の 体温	度 分	

質問事項	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	
お子さんの接種歴についておたずねします。 経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。 不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。 ヒブワクチンの接種を受けたことがありますか。 3種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。 4種混合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 0回・1回・2回・3回・4回 0回・1回・2回・3回・4回 0回・1回・2回・3回・4回 0回・1回・2回・3回・4回		
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。	あった あった ある	なかった なかった 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疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか。 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	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。	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	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	実施場所 医師名
有効期限 年 月 日	0.5 ml	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	福山市		電話番号 () -	
	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	女性	
	生年月日	西暦 [] [] [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日	年齢	歳	
(又は 和暦 年)		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。		はい	いいえ		
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		
()		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。		はい	いいえ		
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、体の具合が悪くなっ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。		はい	いいえ		
予防接種名					
接種月日		月 日	月 日		
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。		はい	いいえ		
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、病気にかかったりしましたか。		はい	いいえ		
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。		はい	いいえ		
妊娠週数(週 日目) 出産予定日(年 月 日)		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。 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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	(筋肉内接種)	実施場所
有効期限 年 月 日	0.5 ml	医師名
※シール貼付可		接種年月日 西暦 20 年 月 日

(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。

No.2 印刷仕様書

- 1 品名 返信用封筒 (料金受取人払郵便)
- 2 品質規格その他
- | | |
|--------------|------------------------------|
| (1) サイズ・寸法 | 長形40号 90mm×225mm |
| (2) 紙厚 | 再生クラフト70g～80g/m ² |
| (3) 封筒色 | 青色系 |
| (4) 文字印刷色 | 黒色 |
| (5) 郵便番号枠 | 赤色 |
| (6) 封 緘 | 折り目つき |
| (7) 料金受取人払表示 | 別紙、日本郵便の定める表示方法に従う |
| (8) 印刷レイアウト | 別途、見本データ渡し (PDFファイル) |
- *要校正 (1回程度)**

3 印刷枚数 2, 300枚

4 梱 包 100枚で1束とし、1箱10束入りとする。
次の見本ラベルを箱の側面に貼り付けのこと。

課	名：経済環境局環境部環境総務課
品	名：返信用封筒 (料金受取人払郵便)
差出有効期間	：2026年 (令和8年) 9月25日から2028年 (令和10年) 9月24日
数	量：2, 300枚

5. 納品場所 福山市東桜町3番5号
環境総務課
TEL (084) 928-1219

6. 納期限 2026年 (令和8年) 9月18日 (金)

【問合せ先】

福山市東桜町3番5号
経済環境局環境部環境総務課
TEL (084) 928-1219

郵便番号は別途指定する

7 2 0 - 8 7 9 0

料金受取人払郵便

福山局承認

〇〇〇

差出有効期間

2028年9月

24日まで

福山市
環境総務課
行

広島県福山市東桜町三番五号

バーコードを印刷 (別途、指定する)

返信用の封筒として
お使いください。

(切手は不要です。)

この封筒は、再生紙を使用しています。

(長 40 90×225 70g/m² 2026.〇〇 2,300 プルー)

No. 3-1 福山市高齢者コロナウイルス感染症予防接種予診票 印刷仕様書

■仕様書

名 称：福山市高齢者コロナウイルス感染症予防接種予診票

サ イ ズ：A4

印刷用紙・紙質：上質紙55kg 無地
ラベンダー色

加 工：無し

印刷枚数：20,000枚
※500枚を1包として100枚毎に、区切りあるいは目印等を付ける。

刷 色：黒色1色刷り 片面印刷

原 稿：電子データ有（PDF）

校 正：1回校正

納入期限：2026年（令和8年）8月13日（木）

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番22号 福山すこやかセンター内）

■その他

- ・ 応札後、保健予防課より原稿データを電子メールで送付する。原稿データの送付までに文面を若干変更する場合がある。
- ・ 保健予防課に第1回校正原稿を提出後、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。
- ・ その他必要項目については、別途、福山市と協議するものとする。

【問い合わせ先】 福山市保健所保健予防課 電話番号 084-928-1127
担当：櫻井・南

No. 3-2 福山市高齢者コロナウイルス感染症予防接種説明書 印刷仕様書

■仕様書

名 称：福山市高齢者コロナウイルス感染症予防接種説明書

サ イ ズ：A4

印刷用紙・紙質：上質紙110kg 無地
ラベンダー色

加 工：角マル切り落とし
両面ラミネート加工

印刷枚数：300枚
※100枚を1包とする。

刷 色：黒色1色刷り 両面印刷

原 稿：電子データ有（PDF）

校 正：1回校正

納入期限：2026年（令和8年）8月13日（木）

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番22号 福山すこやかセンター内）

■その他

- ・ 応札後、保健予防課より原稿データを電子メールで送付する。原稿データの送付までに文面を若干変更する場合がある。
- ・ 保健予防課に第1回校正原稿を提出後、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。
- ・ その他必要項目については、別途、福山市と協議するものとする。

【問い合わせ先】 福山市保健所保健予防課 電話番号 084-928-1127
担当：櫻井・南

No. 3-3 福山市高齢者インフルエンザ予防接種等済証 印刷仕様書

■仕様書

名 称：福山市高齢者インフルエンザ予防接種等済証

サ イ ズ：A 6

印刷用紙・紙質：上質紙55kg 無地
空色（高齢者インフルエンザ予防接種）
ラベンダー色（高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種）

加 工：無し

印刷枚数：100,000枚（高齢者インフルエンザ予防接種85,000枚、高齢者
新型コロナウイルス感染症予防接種15,000枚）
※1,000枚を1包として100枚毎に、区切りあるいは目印等を付ける。

刷 色：黒色1色刷り 片面印刷

原 稿：電子データ有（PDF）

校 正：1回校正

納入期限：2026年（令和8年）8月13日（木）

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番22号 福山すこやかセンター内）

■その他

- ・ 応札後、保健予防課より原稿データを電子メールで送付する。原稿データの送付までに文面を若干変更する場合がある。
- ・ 保健予防課に第1回校正原稿を提出後、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。
- ・ その他必要項目については、別途、福山市と協議するものとする。

【問い合わせ先】 福山市保健所保健予防課 電話番号 084-928-1127
担当：櫻井・南

No.4 印刷仕様書

1 品名

熱中症啓発 ポスター印刷
「気を付けよう！熱中症」

2 品質規格その他

- (1) 規格：A2サイズ・縦長・片面刷り・カラー印刷
- (2) 紙質：コート紙
- (3) 厚さ：135 kg/1000 枚
- (4) デザイン：(次の URL のとおり)
<https://www.city.fukuyama.hiroshima.jp/uploaded/attachment/337725.pdf>
- (5) 要校正（色校正含む。）（A2サイズの色見本をお渡しします）
初回校正以降の校正は、環境保全課の確認で要請があった場合に行うこと。

3 数量

300枚

4 納品場所・納品方法

納品場所：福山市東桜町3番5号
福山市役所8階北側 環境保全課
納品方法：搬入

5 納入期限

2026年（令和8年）8月21日（金）
※搬入日時の詳細については、環境保全課と協議すること。

6 その他

- (1) 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。
- (2) 疑義が生じた場合、担当者（環境保全課：TEL:084-928-1072）と協議すること。



気をつけよう!

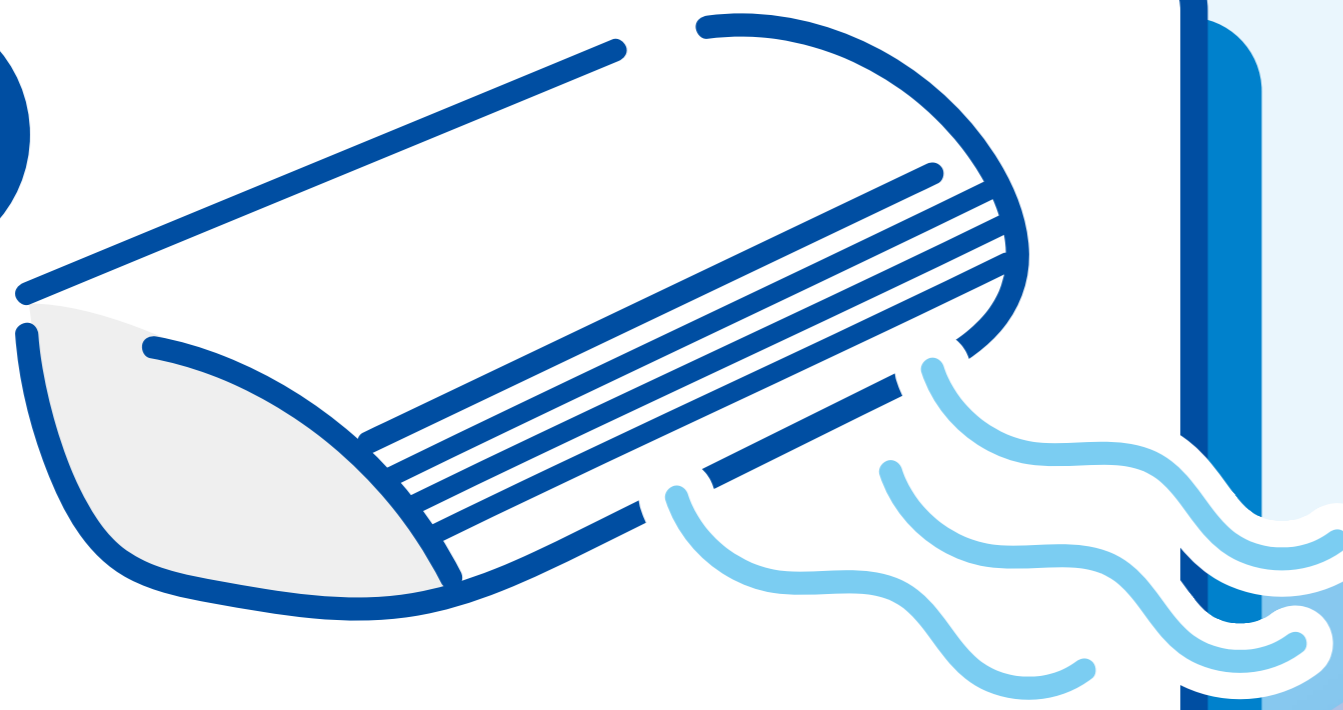
熱中症!

3 熱中症対策
つのポイント

知っていますか?

熱中症の約半分は屋内で発生しています。

1



室内ではエアコンの活用を!

夜間の就寝中も、熱中症のリスクは十分にあります。昼夜問わずエアコン等を使用して温度調節をしましょう。

2



こまめに水分と塩分の補給を!

水分と塩分をどちらも補給することが大切です。塩分の補給には、塩分タブレットや塩分を含む飲料水等を活用しましょう。

3



外出時は暑さを避ける工夫を!

帽子をかぶったり、日傘を活用することで、直射日光をよけましょう。こまめに休憩をとることも大切です。

高齢者に対する熱中症対策のポイント

高齢者は、若い人に比べてのどの渴きを感じづらくなっています。
こまめな**水分+塩分**補給をこころがけましょう



屋内でも
**熱中症に
注意!**

環境省「熱中症予防情報サイト」からの**情報**をチェック!

令和8年度の暑さ指数(WBGT)の情報提供は
4月22日(水)~10月21日(水)迄の予定です。
▶▶▶ <https://www.wbgt.env.go.jp>



環境省LINE
公式アカウントはこちら!



アカウント名:環境省 LINE ID:kankyo_jpn
友だち追加方法:専用URL (<https://lin.ee/mj3KmWD>)
より追加いただくが、LINEアプリの友だち追加機能で下記QRコードを読み取ってください。