

仕 様 書

案件番号	120		
見積書提出期限	質疑書提出期限	同等品選定期限	地域要件
令和8年7月24日 午後3時	令和8年7月21日 正午	令和8年7月17日	市内業者

案件名 高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼実施報告書

品 名	高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼実施報告書		
数 量 単 位	50,000 部		
規 格 等	A4 紙質：CCPN40 あさぎ色 3枚複写（3枚目は両面刷り） 3枚目は減感加工 片面一色（黒）刷り 天セット糊 500部単位で包装（製本ではなく紙で包むだけ）		
付 属 品 等	特に無し		
納 入 場 所	健康推進課（今治市南宝来町1丁目6-1 今治市中央公民館1階）		
納 入 期 限	令和8年9月15日		
納 入 及 び 設 置 方 法	納品のみで設置調整は不要		
撤 去 及 び 処 分 方 法	特になし		
環境配慮に 関する条件	特になし		
参 考 物 品	本 体	-	
	付属品等	-	
同 等 品 の 可 否	可		不可
添 付 資 料	別添のとおり		
説 明 会	要		不要
特 記 事 項	納入予定日など、打合せしたいことがあるため、落札者は一度健康推進課までお越しください。		

物件詳細 確認先	部課	健康推進課	担当者	木根	連絡先	0898-36-1533
-------------	----	-------	-----	----	-----	--------------

【注意事項】

- 1 上記参考物品以外の同等品を選定する場合には、同等品選定期限までに同等品承認申請書と、選定する同等品に規格や詳細がわかるカタログ等を要求課まで提出し、承認を受けてから見積ること。
- 2 上記に記載している仕様（納入、組立、設置、検収及び撤去等）に掛かる費用を含めること。
- 3 落札業者は、納入日等について要求担当課と打ち合わせのうえ納入すること。
- 4 参加を希望する案件について質疑がある場合には、仕様書に記載の質疑書提出期限までに契約課まで、案件番号と案件名を明記したうえで質疑書を提出すること。（提出方法はFAX又は電子メールで受け付けます。）
- 5 参加を希望する案件の見積書を見積書提出期限までに市役所庁舎第2別館7階契約課まで書留郵便又は持参により提出すること。

R7・8年度入札参加資格申請（入力表B）に物品希望業種として、上記物品が含まれていること。

但し、含まれていない場合においては、見積書提出期限までに「建設工事及び物品購入等入札参加資格審査申請書変更届」を提出することにより、参加は可能とする。

なお、物品希望業種に記載ないまま提出した見積書は無効とする。

別紙の表①のとおり

高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼実施報告書

今治市

下の太線の枠内をボールペン・インクで記入または○をしてください。

※次の書類等により本人確認をお願いします。(マイナンバーカード・医療保険証・後期高齢者医療資格確認書・その他())

住 所	今治市			診察前の体温	度	分
受ける人の氏 名		男・女	電話 ()	-		
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(満	歳)

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実 施 場 所
Lot No.	0.5ml	医 師 名
		接種年月日

上記の者のインフルエンザ予防接種を完了したことを報告します。

別紙の表②のとおり

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	今日受けるインフルエンザの予防接種について、3枚目裏面の説明を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
2	現在、何か病気にかかっていますか 治療(投薬など)を受けていますか 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	いいえ	はい(病名) はい・いいえ はい・いいえ	
3	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	いいえ	はい ()	
4	特別な病気(心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症・先天性異常)にかかったことがありますか 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	いいえ	はい (病名) はい・いいえ	
5	薬や食品(にわとりの卵やお肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか	いいえ	はい	
6	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	いいえ	はい	
7	1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	いいえ	はい (病名)	
8	これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい はい・いいえ	
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい (予防接種名)	
10	1か月以内に予防接種をうけましたか	いいえ	はい (予防接種名)	
11	今日の予防接種について何か質問がありますか	いいえ	はい	

医師の記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は右記のとおり判断いたします。	可 能 ・ 見 合 わ せ る 【 月 日 】
	本人に対して、予防接種の効果・目的・副反応及び健康被害救済制度について説明をした。	【医師の署名又は記名押印】
被接種者の記入欄	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うえで、インフルエンザHAワクチンの接種を希望しますか	希望します ・ 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、本予診票が市町に提出されることに同意します。	【本人の署名】※
	※自署できない方は代筆者が記入し、代筆者名及び被接種者との続柄を記入してください。署名の代筆は本人の意思を確認の上、家族が行ってください。	(代筆者名、続柄)

太線に

別紙の表①のとおり

高齢者インフルエンザ予防接種予診票(医療機関控え)

今治市

※次の書類等により本人確認をお願いします。(マイナンバーカード・医療保険証・後期高齢者医療資格確認書・その他())

被接種者	住 所	今治市			診察前の体温	度	分
	氏 名				男・女	電話 ()	-
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(満	歳)

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実施場所
Lot No.	0.5ml	医 師 名
		接種年月日

別紙の表②のとおり

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	今日受けるインフルエンザの予防接種について、3枚目裏面の説明を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
2	現在、何か病気にかかっていますか 治療(投薬など)を受けていますか 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	いいえ	はい(病名) はい・いいえ はい・いいえ	
3	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	いいえ	はい ()	
4	特別な病気(心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症・先天性異常)にかかったことがありますか 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	いいえ	はい (病名) はい・いいえ	
5	薬や食品(にわとりの卵やお肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか	いいえ	はい	
6	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	いいえ	はい	
7	1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	いいえ	はい (病名)	
8	これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい はい・いいえ	
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい (予防接種名)	
10	1か月以内に予防接種を受けましたか	いいえ	はい (予防接種名)	
11	今日の予防接種について何か質問がありますか	いいえ	はい	

医師の 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は右記のとおり判断いたします。	可 能 ・ 見合わせる【 月 日】
	本人に対して、予防接種の効果・目的・副反応及び健康被害救済制度について説明をした。	【医師の署名又は記名押印】
被接種者の 記入欄	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うえで、インフルエンザHAワクチンの接種を希望しますか	希望します ・ 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、本予診票が市町に提出されることに同意します。	【本人の署名】※
	※自署できない方は代筆者が記入し、代筆者名及び被接種者との続柄を記入してください。署名の代筆は本人の意思を確認の上、家族が行ってください。	(代筆者名、続柄)

太線に

別紙の表①のとおり

高齢者インフルエンザ予防接種接種済証(被接種者用)

今治市

※次の書類等により本人確認をお願いします。(マイナンバーカード・医療保険証・後期高齢者医療資格確認書・その他())

被接種者	住 所	今治市			診察前の体温	度	分
	氏 名		男・女	電話 ()	-		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(満	歳)

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実 施 場 所
Lot No.	0.5ml	医 師 名
		接種年月日

別紙の表②のとおり

愛媛県今治市長



【接種後の注意】

- ・ 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。発熱・発疹・繰り返す嘔吐、その他異常な症状があるときは、すみやかに医師の診断を受けましょう。
- ・ 入浴はさしつかえありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- ・ 接種当日は普段どおりの生活をして大丈夫ですが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

高齢者インフルエンザ予防接種注意事項

予防接種を受けられる前に必ずお読みください

今治市では予防接種法に基づき、対象となる方でインフルエンザ予防接種を希望される方に接種費用の一部を公費負担いたします。接種を希望される方は、以下の注意事項をよく読み、指定医療機関において予防接種を受けてください。

1 インフルエンザ予防接種について

インフルエンザ予防接種については、高齢者の発病防止や特に重症化防止に有効であることが確認されています。

また、予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、その効果が十分に持続する期間は、約5か月間とされています。より効率的に予防接種の有効性を高めるためには、毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬ころまでに接種を受けられることをお勧めします。

2 予診票記入時の注意

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける方が責任を持ってボールペン又はインクで太枠の中を記入漏れの無いように(わからない場合は医師と相談のうえ)記入し、接種される医療機関に提出してください。

3 予防接種の副反応

副反応の多くは、24時間以内に出現します。接種部位が赤みを帯びたり、はれたり、発熱、寒気、全身のだるさなどが見られることがありますが、通常2～3日のうちに特別の処置をしなくてもしだいに無くなります。しかし、まれに重い副反応(健康被害)がおきることがあります。

気になることは医師と相談するなど細心の注意を払ったうえで、体調の良い時に接種されますようお願いいたします。予防接種による健康被害を受けた方に対しては、国が認定を行い、市町村が給付を行います。

4 この予防接種を受けてはいけない方

- ・明らかに発熱のある方(37.5℃以上)
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・インフルエンザ予防接種液の成分により体調が悪くなったことが明らかな方
- ・インフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるといわれたことがある方
- ・その他医師が不相当と認める方

【接種後の注意】

- ・予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。発熱・発疹・繰り返す嘔吐
その他異常な症状があるときは、すみやかに医師の診断を受けましょう。
- ・入浴はさしつかえありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- ・接種当日は普段どおりの生活をして結構ですが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

