

母子保健情報システム入力データ作成業務 仕様書

1 業務内容

母子保健情報システム用の妊婦一般健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票及び予防接種予診票のパンチデータを作成する。件数等は、別添1「データ入力業務一覧表」のとおり。

2 受診票及び予診票データ納品日程

別添1「データ入力業務一覧表」のとおり。

3 作業要領

(1) 入力データのファイル名については、以下のとおりとすること。

ア 妊婦一般健康診査受診票

受診票種類	ファイル名
妊婦一般健康診査受診票(1～14回目)	NinpuKensin.csv
妊婦一般健康診査受診票超音波検査1～6回目	

イ 新生児聴覚検査受診票

受診票種類	ファイル名
新生児聴覚検査受診票	Tyokaku.csv

ウ 予防接種予診票①・②

予診票種類	ファイル名	
予防接種 予診票①	三種混合	Yobou_K_DPT.csv
	二種混合	Yobou_K_DT.csv
	麻しん風しん混合	Yobou_K_MR.csv
	ヒブワクチン	Yobou_K_HIB.csv
	小児用肺炎球菌	Yobou_K_HAIEN.csv
	子宮頸がんワクチン	Yobou_K_SIKYU.csv
	不活化ポリオ	Yobou_S_POLIO2.csv
	四種混合	Yobou_K_DPTIPV.csv
	水痘	Yobou_K_SUITOU.csv
	高齢者用肺炎球菌	Yobou_K_HAIEN2.csv
	日本脳炎	Yobou_K_NOUEN.csv
	B型肝炎	Yobou_K_KANEN.csv
	ロタウイルスワクチン	Yobou_K_ROTA.csv
予防接種 予診票②	風しん5期抗体検査	Yobou_K_KOUTAI.csv
	風しん5期予防接種	Yobou_K_HUSIN.csv

- (2) 入力データは、妊婦一般健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票及び予防接種予診票について、それぞれCD-Rにて提出すること。
- (3) SJISテキスト形式のCSVファイル(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション))でデータを作成すること。
- (4) 予診票及び受診票の受渡しは、束で行うため、順番は並び替えずに作業を行うこと。
- (5) 入力項目及びレイアウトは、別添2「妊婦一般健康診査受診票パンチ項目説明書」、別添3「新生児聴覚検査受診票パンチ項目説明書」、別添4「予防接種予診票①パンチ項目説明書」、別添5「予防接種予診票②パンチ項目説明書」を参照すること。
- (6) 必ずベリファイ(検査入力)を実施すること。また、実施する際の作業員は1度目以外の者とする。

4 履行期間

令和6年4月1日 から 令和7年3月31日まで

5 納入場所及び検査場所

- (1) 妊婦一般健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票：
子ども未来局子育て支援部子育て支援課
(札幌市中央区南1条東1丁目5番大通バスセンタービル1号館3階)
- (2) 予防接種予診票：
保健福祉局保健所感染症総合対策課(札幌市中央区大通西19丁目WEST19 3階)

6 支払金額

契約単価に対して仕様書に定める各月の期間ごとの実件数を乗じた額とする。ただし、1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てる。

7 予定件数の増減に関する異議申し立て

委託予定件数に対し、後日増減があっても、異議申し立てはこれを認めない。

8 個人情報の取扱

(1) 秘密の保持等

- ア 受託者又は受託者の従業員は、本契約の履行期間及び履行後において、役務の遂行上知り得た一切の秘密を他人に漏らしてはならない。
- イ 受託者は、受託者の従業員に対し、前項(ア)の秘密保持について適切な指導管理を行うこと。
- ウ 秘密保持についての細目は、別記「**データ保護に関する覚書**」にこれを定める。
- エ この契約による業務を処理するに当たって、個人情報を取り扱う際には、別記「**個人情報の取扱いに関する特記事項**」を順守すること。
- オ 上記(ア)～(エ)に定める事項について、委託者が必要と認めた場合、受託者に対して**立ち入り検査**を行うことができることとする。
- カ 上記(オ)に定める立ち入り検査は**受託者に予告せず**行うことができることとする。

(2) データ等の管理

- ア 成果物及び磁気媒体(以下「データ等」という。)の收受、搬送作業中の管理並びに作業前後の保管等について、最善の方法又は委託者の指定する方法で管理すること。
- イ データ等のバックアップについて、受託者はデータ等納入期日後3営業日まで保管するものとし、3営業日経過後直ちに消去すること。
- ウ アおよびイに定める事項について、委託者が必要と認めた場合、受託者に対して**立ち入り検査**を行うことができることとする。
- エ データ等に事故が生じた場合は、委託者に対して速やかに報告をし、必要な措置を講じること。
- オ 受託者は、上記イに定められるバックアップ以外に、委託者の文書による指示なく無断で複写し、又は複製してはならない。

9 その他

(1) 業務遂行上の義務

受託者は、委託業務を委託者の指示する作業計画に基づき、指定された期日までに完了しなければならない。

(2) 業務責任者

- ア 受託者は、委託業務を担当する従業員を指示監督し、業務遂行に関して委託者との連絡調整にあたる作業員を業務責任者として、委託業務を担当する作業員の内から指定しなければならない。
- イ 受託者は、前項(ア)の業務責任者を指定したとき及び変更したときは、委託者に対し、書面をもって報告するものとする。

(3) 事故対策

- ア 受託者は、指定された日時までに作業が完了しないことが明らかになった場合は、その旨を遅滞なく委託者に連絡し、委託者の指示を受けること。
- イ 受託者は、委託業務の遂行にあたり、不測の事故が発生し、委託業務の遂行が不可能になった場合は、委託者に報告し委託者の指示を受けること。

(4) 連絡調整

受託者は、委託者と常時委託者と緊密な連携を保持し、業務の具体的な内容等について、委託者の指示を受けるものとする。

(5) 契約不適合責任

- ア 成果物の検査終了後90日以内において成果物が契約の内容に適合しないものであった場合には、委託者の指定する期間内に作業をやり直し、補正その他の措置を講じること。
- イ 成果物が契約の内容に適合しないものであり、委託者がやむを得ずその費用負担において作業をやり直し、補正その他の措置を講じた場合には、受託者は、委託者に対して損害賠償金を支払うこと。

(6) 提出書類

提出書類	提出時期
・業務責任者通知書	契約締結後、速やかに提出。また、内容に変更があった場合には、速やかに変更届を提出すること。
・業務責任者通知書業務着手届	
・業務日程表	
・情報資産取扱者届	
・データ保護責任者及びデータ保護補助者届	
・業務完了届	業務完了時
・作業実施報告書	作業実施完了日から1週間以内
・障害対応報告書	障害対応の都度
・特定個人情報取扱状況報告書	業務完了時

提出部数は各1部ずつ(A4版縦)とする。

データ入力業務一覧表

別添1

1 妊婦一般健康診査受診票種類別件数・平均文字数

受診票種類	予定件数	平均文字数			備考
		数字	漢字	カナ	
妊婦一般健康診査(1回目)	11,580	30	6	8	
妊婦一般健康診査(2回目)	11,250	27	6	8	
妊婦一般健康診査(3回目)	11,310	27	6	8	
妊婦一般健康診査(4回目)	11,140	27	6	8	
妊婦一般健康診査(5回目)	11,400	27	6	8	
妊婦一般健康診査(6回目)	11,240	27	6	8	
妊婦一般健康診査(7回目)	11,130	27	6	8	
妊婦一般健康診査(8回目)	10,720	27	6	8	
妊婦一般健康診査(9回目)	9,260	27	6	8	
妊婦一般健康診査(10回目)	10,390	28	6	8	
妊婦一般健康診査(11回目)	10,730	28	6	8	
妊婦一般健康診査(12回目)	9,190	28	6	8	
妊婦一般健康診査(13回目)	6,730	28	6	8	
妊婦一般健康診査(14回目)	3,990	28	6	8	
超音波検査1～6回	67,910	28	6	8	
総計	207,970				

2 新生児聴覚検査受診票件数・平均文字数

受診票種類	予定件数	平均文字数			備考
		数字	漢字	カナ	
新生児聴覚検査受診票	10,063	27	6	8	

3 予防接種予診票種類別件数・平均文字数

予診票種類	予定件数	平均文字数		
		数字	漢字	カナ
三種混合	10	33	6	8
二種混合	11,180	32	6	8
麻しん風しん	23,440	32	6	8
ヒブワクチン	10,097	31	6	8
小児用肺炎球菌	43,940	31	6	8
子宮頸がん	24,540	29	6	8
不活化ポリオ	10	30	6	8
四種混合	10,497	33	6	8
水痘	21,980	33	6	8
高齢者用肺炎球菌	6,482	33	6	8
日本脳炎ワクチン	54,070	34	6	8
B型肝炎ワクチン	32,530	34	6	8
ロタウイルス	25,150	34	6	8
五種混合	35,143	34	6	8
風疹5期抗体検査	9,380	34	6	8
風疹5期予防接種	1,720	34	6	8
総計	310,169			

データ入力業務一覧表

別添1

1 妊婦一般健康診査受診票種類別件数・平均文字数

受診票種類	予定件数	平均文字数			備考
		数字	漢字	カナ	
妊婦一般健康診査(1回目)	11,580	30	6	8	
妊婦一般健康診査(2回目)	11,250	27	6	8	
妊婦一般健康診査(3回目)	11,310	27	6	8	
妊婦一般健康診査(4回目)	11,140	27	6	8	
妊婦一般健康診査(5回目)	11,400	27	6	8	
妊婦一般健康診査(6回目)	11,240	27	6	8	
妊婦一般健康診査(7回目)	11,130	27	6	8	
妊婦一般健康診査(8回目)	10,720	27	6	8	
妊婦一般健康診査(9回目)	9,260	27	6	8	
妊婦一般健康診査(10回目)	10,390	28	6	8	
妊婦一般健康診査(11回目)	10,730	28	6	8	
妊婦一般健康診査(12回目)	9,190	28	6	8	
妊婦一般健康診査(13回目)	6,730	28	6	8	
妊婦一般健康診査(14回目)	3,990	28	6	8	
超音波検査1～6回	67,910	28	6	8	
総計	207,970				

2 新生児聴覚検査受診票件数・平均文字数

受診票種類	予定件数	平均文字数			備考
		数字	漢字	カナ	
新生児聴覚検査受診票	10,063	27	6	8	

3 予防接種予診票種類別件数・平均文字数

予診票種類	予定件数	平均文字数		
		数字	漢字	カナ
三種混合	10	33	6	8
二種混合	11,180	32	6	8
麻しん風しん	23,440	32	6	8
ヒブワクチン	10,097	31	6	8
小児用肺炎球菌	43,940	31	6	8
子宮頸がん	24,540	29	6	8
不活化ポリオ	10	30	6	8
四種混合	10,497	33	6	8
水痘	21,980	33	6	8
高齢者用肺炎球菌	6,482	33	6	8
日本脳炎ワクチン	54,070	34	6	8
B型肝炎ワクチン	32,530	34	6	8
ロタウイルス	25,150	34	6	8
五種混合	35,143	34	6	8
風疹5期抗体検査	9,380	34	6	8
風疹5期予防接種	1,720	34	6	8
総計	310,169			

4 受診票及び予診票データ納品日程

対象帳票	妊婦受診票 予定件数	聴覚受診票 予定件数	予診票 予定件数	納品日
令和6年 2月分	17,330	840	25,850	令和6年 4月末日
令和6年 3月分	17,330	840	25,850	令和6年 5月末日
令和6年 4月分	17,330	840	25,850	令和6年 6月末日
令和6年 5月分	17,330	840	25,850	令和6年 7月末日
令和6年 6月分	17,330	840	25,850	令和6年 8月末日
令和6年 7月分	17,330	840	25,850	令和6年 9月末日
令和6年 8月分	17,330	840	25,850	令和6年10月末日
令和6年 9月分	17,330	840	25,850	令和6年11月末日
令和6年10月分	17,330	840	25,850	令和6年12月末日
令和6年11月分	17,330	840	25,850	令和7年 1月末日
令和6年12月分	17,330	840	25,850	令和7年 2月末日
令和7年 1月分	17,330	840	25,850	令和7年 3月末日

※予定件数は月平均(一の位四捨五入)

妊婦一般健康診査受診票パンチ項目説明書

パンチレイアウト	P1
妊婦一般健康診査受診票①(R6・基本①)レイアウト	P2
妊婦一般健康診査受診票②(R6・基本②)レイアウト ※「R6・基本③～⑭」も同様のレイアウトである。	P3
妊婦一般健康診査受診票 超音波検査(R6・超音波)レイアウト ※「R6・超音波①～⑥」も同様のレイアウトである。	P4
妊婦一般健康診査受診票①(R5・基本①)レイアウト	P5
妊婦一般健康診査受診票②(R5・基本②)レイアウト ※「R5・基本③～⑭」も同様のレイアウトである。	P6
妊婦一般健康診査受診票 超音波検査(R5・超音波)レイアウト ※「R5・超音波①～⑥」も同様のレイアウトである。	P7

パンチレイアウト

ファイル名	NinpuKensin.csv
形式	SJISテキスト GSV(カンマ区切り、修飾子ダブルクォーテーションあり)
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	記録票連番	9(3)	(空白)	-
2	整理番号	9(10)	(空白) ※システム取込時のエラー修正項目のため、パンチ不要	-
3	交付年度	9(4)	交付年度4桁 ※西暦でパンチすること	令和6年度版(2024年度版) 2024
4	母子健康手帳交付番号	9(7)	母子健康手帳交付番号6桁もしくは7桁 ※令和6年度版(2024年度版)交付分で母子健康手帳交付番号の記載がないものについては空白とする。 ※ハイフンは除く。	(番号6桁) 100001 (番号7桁)(100001-1) 1000011
5	カナ氏名	N(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。 ※カタカナに変換して入力すること。	ニホン ハナコ
6	性別	9(1)	2: 女	(女) 2
7	生年月日	9(7)	元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(4:平成等)+6桁日付に変換して入力すること	(昭和63年8月8日) (1988年8月8日) 3630808
8	受診回数	9(2)	1: 1回目(①と表記) 2: 2回目(②と表記) 3: 3回目(③と表記) 4: 4回目(④と表記) 5: 5回目(⑤と表記) 6: 6回目(⑥と表記) 7: 7回目(⑦と表記) 8: 8回目(⑧と表記) 9: 9回目(⑨と表記) 10: 10回目(⑩と表記) 11: 11回目(⑪と表記) 12: 12回目(⑫と表記) 13: 13回目(⑬と表記) 14: 14回目(⑭と表記) 15: 超音波検査・1回目 16: 超音波検査・2回目 17: 超音波検査・3回目 18: 超音波検査・4回目 19: 超音波検査・5回目 20: 超音波検査・6回目	(5回目) 5
9	分娩予定日	9(7)	(空白)	-
10	健康診査月日※	9(7)	元号(5:令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5:令和)+6桁日付に変換して入力すること。	(令和元年9月15日) 5010915 (2019年11月1日) 5011101
11	実施医療機関名	N(50)		ニホン病院
12	担当医師名・助産師名	N(20)	(空白)	-
13	異常の有無	9(1)	(空白)	-
14	異常内容	N(50)	(空白)	-
15	HBs抗原	9(1)	1: - 2: + ※妊婦一般健康診査受診票①-1のみ	(+) 2
16	HCV抗体	9(1)	1: - 2: + ※妊婦一般健康診査受診票①-1のみ	(-) 1
17	ノンストレステスト	9(1)	(空白)	-
18	妊娠週数	9(2)	(空白)	-
19	HTLV-1抗体	9(1)	1: - 2: + ※妊婦一般健康診査受診票①-1のみ	(-) 1
20	子宮頸がん検診	9(1)	(空白)	-
21	クラミジア検査	9(1)	(空白)	-
22	診査結果	9(1)	1: 異常なし 2: 要精密検査 3: 要治療	(要精密検査) 2

OR3年度(2021年度)受診票のレイアウトは異なる(交付年度及び母子健康手帳番号の項目無し。各受診票右下にR3と記載有)。

妊婦一般健康診査受診票①-1(R5・基本①)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

妊婦一般健康診査受診票①-1(医療機関用)
(第1回標準受診時期:妊娠8週前後)

この受診票を使用できるのは、札幌市内に住民票のある方です。

3	交付年度	4	健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ
	令和6年度版(2024年度版)		
	フリガ	5	
	妊婦氏名		
	生年月日	7	年 月 日生(歳)
	住 所	札幌市 区	※受診時に住民登録のある区を記入してください。
	電話番号	-	-
	分娩予定日		年 月 日

健康診査の結果

健康診査月日	10	年	月	日
	15	HBs抗原	(-)・(+)	
	16	HCV抗体	(-)・(+)	
	19	HTLV-1抗体	(-)・(+)	
22	診査結果	1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療	健診結果が2・3の場合の所見	
	実施委託機関名	11		
	担当医師名			

※裏面もご覧ください 基本①

妊婦一般健康診査受診票②(R5・基本②)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

妊婦一般健康診査受診票②(医療機関・助産所用)
(第2回標準受診時期:妊娠12週前後)

この受診票を使用できるのは、札幌市内に住民票のある方です。

3	交付年度	母子健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ	
	令和6年度版(2024年度版)	4	
	フリガナ	5	
	妊婦氏名	5	
	生年月日	7	年 月 日生(歳)
	住所	札幌市 区	※受診時に住民登録のある区を記入してください。
	電話番号	- -	
	分娩予定日	年 月 日	

健康診査の結果

健康診査月日	10		年 月 日
22	診査結果	1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療	健診結果が2・3の場合の所見
	実施委託機関名	11	
	担当医師・助産師名		

※裏面もご覧ください 基本②

妊婦一般健康診査受診票 超音波検査(R5・超音波)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

妊婦一般健康診査受診票(超音波検査・1回目)
(医療機関・助産所用)

この受診票を使用できるのは、札幌市内に住民票のある方です。

3 交付年度	4 母子健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ
5 フリガ	
7 妊婦氏名	
7 生年月日	年 月 日生(歳)
住所	札幌市 区 <small>※受診時に住民登録のある区を記入してください。</small>
電話番号	- -
分娩予定日	年 月 日

健康診査の結果

10 健康診査月日	年 月 日		
22 診査結果	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 健診結果が2・3の場合の所見 </td> </tr> </table>	1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療	健診結果が2・3の場合の所見
1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療	健診結果が2・3の場合の所見		
11 実施委託機関名			
担当医師・助産師名			

※裏面もご覧ください 超音波①

妊婦一般健康診査受診票①-1(R5・基本①)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

妊婦一般健康診査受診票①-1(医療機関用)
(第1回標準受診時期:妊娠8週前後)

この受診票を使用できるのは、札幌市内に住民票のある方です。

3	交付年度	4	健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ
	令和5年度版(2023年度版)		
	フリガ	5	
	妊婦氏名		
	生年月日	7	年 月 日生(歳)
	住 所	札幌市 区	※受診時に住民登録のある区を記入してください。
	電話番号	-	-
	分娩予定日		年 月 日

健康診査の結果

健康診査月日	10	年	月	日
	15	HBs抗原	(-)・(+)	
	16	HCV抗体	(-)・(+)	
	19	HTLV-1抗体	(-)・(+)	
22	診査結果	1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療	健診結果が2・3の場合の所見	
	11	実施委託機関名		
		担当医師名		

※裏面もご覧ください 基本①

妊婦一般健康診査受診票②(R5・基本②)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

妊婦一般健康診査受診票②(医療機関・助産所用)
(第2回標準受診時期:妊娠12週前後)

この受診票を使用できるのは、札幌市内に住民票のある方です。

3	交付年度	母子健康手帳交付番号 <small>※札幌市で交付を受けた方のみ</small>
	令和5年度版(2023年度版)	4
	フリガナ	
	5	妊婦氏名
	7	生年月日 年 月 日生(歳)
	住所	札幌市 区 <small>※受診時に住民登録のある区を記入してください。</small>
	電話番号	- -
	分娩予定日	年 月 日

健康診査の結果

健康診査月	10 年 月 日	
22 診査結果	1 異常なし	健診結果が2・3の場合の所見
	2 要精密健診	
	3 要治療	
11 実施委託機関名		
担当医師・助産師名		

※裏面もご覧ください 基本②

妊婦一般健康診査受診票 超音波検査(R5・超音波)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

妊婦一般健康診査受診票(超音波検査・1回目)
(医療機関・助産所用)

この受診票を使用できるのは、札幌市内に住民票のある方です。

3	交付年度	母子健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ
	令和5年度版(2023年度版)	
	フリガ	
	妊婦氏名	
	生年月日	年 月 日生(歳)
	住 所	札幌市 区 <small>※受診時に住民登録のある区を記入してください。</small>
	電話番号	- -
	分娩予定日	年 月 日

健康診査の結果

10	健康診査月日		年	月	日
22	診 査 結 果	1 異常なし 2 要精密健診 3 要治療	健診結果が2・3の場合の所見		
11	実施委託機関名				
	担当医師・助産師名				

※裏面もご覧ください 超音波①

新生児聴覚検査受診票パンチ項目説明書

パンチレイアウト	P1
新生児聴覚検査受診票(R6)レイアウト	P2
新生児聴覚検査受診票(R5)レイアウト	P3

パンチレイアウト

ファイル名	Tyokaku.csv
形式	SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子ダブルクォーテーションあり)
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	記録票連番	9(3)	(空白)	-
2	整理番号	9(10)	(空白)	-
3	交付年度	9(4)	交付年度4桁 ※西暦でパンチすること	令和6年度版(2024年度版) 2024
4	母子健康手帳交付番号	9(7)	母子健康手帳交付番号6桁もしくは7桁 ※ハイフンは除く。 ※令和6年度版(2024年度版)交付分で母子健康手帳交付番号の記載がないもの、空白とする。	(番号6桁) 100001 (番号7桁)(100001-1) 1000011
5	カナ氏名	N(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。 ※カタカナに変換して入力すること。	ニホン タロウ
6	性別	9(1)	1:男 2:女	(男) 1
7	生年月日	9(7)	元号(5:令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5:令和)+6桁日付に変換して入力すること	(令和6年4月1日) (2024年4月1日) 5060401
8	母の氏名(フリガナ)	N(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。 ※カタカナに変換して入力すること。 ※子どもの名前が空白のときのみ、入力すること。	ニホン ハナコ
9	住所	N(50)	区以降、条丁目までの入力とし、番地以下は入力不要 ※カタカナに変換して入力すること ※子どもの名前が空白のときのみ、入力すること。	(中央区大通西19丁目2-1) オオドリニシ19チョウメ
10	電話番号	9(11)	(空白)	-
11	初回検査実施日※	9(7)	元号(5:令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5:令和)+6桁日付に変換して入力すること。	(令和6年4月15日) 5060415 (2024年4月15日) 5060415
12	検査方法	9(1)	1:自動ABR 2:OAE	(自動ABR) 1
13	検査結果(右耳)	9(1)	1:異常なし 2:要再検査	(異常なし) 1
14	検査結果(左耳)	9(1)	1:異常なし 2:要再検査	(要再検査) 2
15	確認検査実施日※	9(7)	元号(5:令和)+6桁日付 ※西暦で記載されている場合は、元号(5:令和)+6桁日付に変換して入力すること。 ※記載があった場合のみ、入力すること。	(令和6年4月25日) 5060425 (2024年4月25日) 5060425
16	検査方法	9(1)	1:自動ABR 2:OAE ※記載があった場合のみ、入力すること。	(OAE) 2
17	検査結果(右耳)	9(1)	1:異常なし 2:要再検査 ※記載があった場合のみ、入力すること。	(異常なし) 1
18	検査結果(左耳)	9(2)	1:異常なし 2:要再検査 ※記載があった場合のみ、入力すること。	(要再検査) 2
19	特記事項	N(50)	(空白)	-
20	実施医療機関名	N(50)		ニホン病院
21	担当医師名	N(20)	(空白)	-

新生児聴覚検査受診票(R6)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

新生児聴覚検査受診票

この欄は保護者が記入してください

3	交付年度	母子健康手帳交付番号 ※札幌市で交付を受けた方のみ
	令和6年度版(2024年度版)	
	フリガナ	5
	新生児氏名(※) <small>※生まれている場合のみ</small>	7
6	性別 男・女	生年月日 年 月 日
	フリガナ	8
	母の氏名	
	住所	9 区
	電話番号	

この欄は実施した医師が記入してください。

11	検査実施日	初回検査	年 月 日	確認検査	年 月 日	15
12	検査	自動ABR	OAE	自動ABR	OAE	16
13	検査結果	右耳	異常なし(パス) 要再検査(リファ)	右耳	異常なし(パス) 要再検査(リファ)	17
14		左耳	異常なし(パス) 要再検査(リファ)	左耳	異常なし(パス) 要再検査(リファ)	18
	特記事項					
20	実施医療機関名					
	担当医師氏名					

※確認検査は初回検査の結果が要再検査(リファ)となった場合に概ね1週間以内に実施する再検査です。確認検査の結果については実施した場合のみ記入してください。

※裏面もご覧ください

新生児聴覚検査受診票(R5)レイアウト

・受診票サンプル

札幌市

新生児聴覚検査受診票

この欄は保護者が記入してください

3	交付年度	4	母子健康手帳交付番号	※札幌市で交付を受けた方のみ	
	令和5年度版(2023年度版)				
	フリガナ	5			
	フリガナ				
	新生児氏名(※)		7		
	※法外している場合のみ				
6	性別	男・女	生年月日	年	月 日
	フリガナ	8			
	フリガナ				
	母の氏名				
	住所	9	区		
	電話番号				

この欄は検査をした医師が記入してください。

11	検査日	初回検査	年	月	日	確認検査	年	月	15
12	検査	自動ABR	OAE			自動ABR	OAE		16
13	検査	右耳	異常なし(パス)	要再検査(リファ)		右耳	異常なし(パス)	要再検査(リファ)	17
14	検査	左耳	異常なし(パス)	要再検査(リファ)		左耳	異常なし(パス)	要再検査(リファ)	18
	特記事項								
20	実施医療機関名								
	担当医師氏名								

※確認検査は初回検査の結果が要再検査(リファ)となった場合に概ね1週間以内に実施する再検査です。確別検査の結果については実施した場合のみ記入してください。

※裏面もご覧ください

予防接種予診票① パンチ項目説明書

パンチレイアウト	P1
コードマスタ	P2
三種混合予診票レイアウト	P5
二種混合予診票レイアウト	P6
麻しん風しん混合予診票レイアウト※1期、2期の場合	P7
ヒブワクチン予診票レイアウト	P8
小児用肺炎球菌予診票レイアウト	P9
子宮頸がんワクチン予診票レイアウト	P10
不活化ポリオ予診票レイアウト	P11
四種混合予診票レイアウト	P12
水痘予診票レイアウト	P13
高齢者用肺炎球菌予診票レイアウト	P14
日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳未満用)	P15
日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳以上用)	P16
B型肝炎ワクチン予診票レイアウト	P17
ロタウイルスワクチン予診票レイアウト	P18
五種混合予診票レイアウト	P19

パンチレイアウト

ファイル名	仕様書参照
形式	SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション))
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	接種名称	9(2)	予診票に応じた接種名称番号を入力すること。	(三種混合) 1
2	期・回数	9(2)	接種名称に応じた期・回数番号を入力すること。	(1期初回2回目) 2
3	初回接種年齢(ヒブ)	9(1)	接種名称が、「ヒブ」の場合 ※別紙「コードマスタ」参照	(1歳以上) 3
4	初回接種年齢 (小児肺炎球菌)	9(1)	接種名称が、「小児肺炎球菌」の場合 ※別紙「コードマスタ」参照	(2歳以上) 4
5	カナ氏名	X(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。	ニホン タロウ
6	性別	9(1)	1:男、2:女	(男) 1
7	生年月日※	9(7)	元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付	(平成23年8月8日) 4230808
8	ワクチンメーカー	9(2)	※別紙「コードマスタ」参照 ※ロタウイルスは「ロタリックス」であれば9 「ロタテック」であれば8	(北里) 1
9	ワクチンロット番号	X(10)		M451366
10	接種量	9(4)	※日本脳炎3歳未満及びB型肝炎は0.25ml ※ロタウイルスは「ロタリックス」であれば1.5 「ロタテック」であれば2	0.25
11	実施医療機関	N(50)	実施医療機関名を入力すること。	日本小児科医院
12	接種日※	9(7)	元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付	(平成23年8月8日) 4230808
13	請求年月	9(7)	保存箱に記載のある請求年月を西暦表記で 入力すること。月が1桁の場合は、0埋めをす ること。 西暦(4桁)+月(0埋め2桁)	(平成23年8月) 201108
14	束番号	-	(空白)	
15	予診票連番	-	(空白)	

※令和については、元号を「5」として入力を行うこと。

※西暦で記載されている場合は、和暦(元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付)に変換して入力すること。

コードマスタ

■ 接種名称

No.	項目名称	パンチコード
1	三種混合	2
2	二種混合	4
3	麻しん風しん混合	5
4	ヒブ	6
5	小児用肺炎球菌	7
6	子宮頸がん	8
7	不活化ポリオ	9
8	四種混合	10
9	水痘	11
10	高齢者用肺炎球菌	12
11	日本脳炎	13
12	B型肝炎	14
13	ロタウイルスワクチン	15
14	五種混合	16

■ 期・回数

◎ 三種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	追加	4

◎ 二種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	2期	5

◎ 麻しん風しん混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1期	1
2	2期	2
3	3期	3
4	4期	4
5	5期	5

◎ ヒブ

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	追加	4

◎ 小児用肺炎球菌

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	追加	4

◎ 子宮頸がん

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3

◎ 不活化ポリオ

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	4回目	4

◎ 四種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	4回目	4

◎ 水痘

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2

◎ 高齢者用肺炎球菌

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1

◎ 日本脳炎

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	2期(4回目)	4

◎ B型肝炎

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3

◎ ロタウイルスワクチン

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3

◎ 五種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	4回目	4

■ 初回接種年齢(ヒブ)

No.	項目名称	パンチコード
1	生後2か月～7か月未満	1
2	生後7か月～12か月未満	2
3	1歳以上	3

■ 初回接種年齢(小児用肺炎球菌)

No.	項目名称	パンチコード
1	生後2か月～7か月未満	1
2	生後7か月～12か月未満	2
3	1歳	3
4	2歳以上	4

■ ワクチンメーカー

No.	項目名称	パンチコード
1	北里(第一三共)	1
2	武田薬品	2
3	kmb	3
4	阪大微研	4
5	デンカ生研	5
6	日本BCG製造	6
7	ポリオ研	7
8	MSD	8
9	GSK	9
10	SP	10
11	ファイザー	11
12	MSD4価	13
13	MSD9価	14

三種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	三種混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

**ジフテリア
百日せき
破傷風**

混合予防接種

	診察前の体温	度	分
回数	初回免疫 (1回目・2回目・3回目)・追加免疫 (4回目)		
住	札幌市	区	先
フリガ			
受ける人の氏名	男	生年	年 月 日 生
保護者の氏名	女	月日	(満 歳 カ月)

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市町村から配られている説明書を読みましたか	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 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 乳幼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 なかった あった なかった ある ない	
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 ()	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 ()	はい いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間が麻疹、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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気 (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) にかかり医師に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はありますか 予防接種名 ()	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カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの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 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、説明をしました。 医師署名又は記名押印		
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) ※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		

8 使用ワクチン名 (注) 有効期限確認	10 接種場所	11 実施場所・医師名	接種年月日
9 医師記入欄	12 接種年月日	年 月 日	

*ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肺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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

二種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	二種混合	
②	期・回数	2期(パンチコード5)	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

予診票 二種混合(ジフテリア・破傷風)健康調査票

札幌市保健所

★ お子さんの健康状態をよく観察のうえ、次の項目にあてはまるところを記入、もしくは○で囲み接種を受ける時に医療機関に提出してください。なお、今までに三種混合、または二種混合を1度も受けたことのない方は、接種前に主治医にご相談ください。

	診察前の体温	度 分
住 札幌市 区	6	7
フリガ 5	男・女	生 年 月 日 生
受ける人の氏名	月 日	(満 歳 か月)
保護者の氏名		

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札幌市から配られているお知らせを読みましたか	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	
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 予防接種名()	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にかかり医師に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	
そのときに熱がでましたか	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発しん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 予防接種の名前()	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方はいますか	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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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) ※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、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。

保護者自署

8 使用ワクチン名 (注)有効期限確認	種 量	11 実施場所・医師名・接種年月日
9 ワクチン名	10 (下接種)	実施場所
No.	No.	医師名
医師記入欄	12	接種年月日 或 年 月 日

※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ます。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十分でないことがあります。

麻しん風しん混合予診票レイアウト(1期、2期の場合)

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	麻しん風しん混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

麻しん風しん (MR) 混合ワクチン

2
〈第1期〉

住		区		道		市		区		町		丁目		番		号					
フリガナ															性別	生年	年	月	日生		
受ける人の氏名															男	女	月	日	日	生	
保護者の氏名															続柄						(漢 歳 か月)

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札幌市から配られている説明書は読みましたか	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 出生体重 () g	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出産後に異常がありましたか	ある	ない	
乳幼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、又は予防接種を受けましたか 病名 () 予防接種名 ()	はい	いいえ	
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人がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
これまでに麻しん風しん混合ワクチン、麻しんワクチン、風しんワクチンのいずれかを受けたことがありますか 予防接種名 ()	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、その他の病気にかかり医師の診断を受けていますか 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	
そのときに熱がでましたか	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	
近視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	
近視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うけましたか*	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
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、説明をしました。
医師署名又は記名押印

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) ※かっ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、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。
保護者自署

8	使用ワクチン名 (注)	有効期限確認	10	接種量	11	実施場所・医師名・接種年月日
9	ワクチン名					実施場所
	Lot No.					医師名
	医師記入欄					接種年月日 () 年 () 月 () 日

※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か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

ヒブワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	ヒブ	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑧	ワクチンメーカー	10(SP)	シール記載はヒブ(サノフィパスツール)
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ヒブワクチン接種予診票

札幌市公費助成対象者用

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

		診察前の体温		度 分
回数	② 初回免疫 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加免疫			
初回(1回目)接種年齢	③ 生後2か月～7か月未満 ・ 生後7か月～生後12か月未満 ・ 1歳以上			
住所等	札幌市 区			
(フリガナ)接種者氏名	⑤	TEL (⑦	年 月 日
接種者氏名	⑥	生年月日		
保護者氏名				

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書(ウシ成分の使用に関する説明を含む。)を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
保護者の方に、お子様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。	はい	いいえ	
乳児健診で異常があるといわ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。 具体的な病状 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気になるかかりましたか。 具体的な病状 ()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ()	はい	いいえ	
また、その病気を除で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。() 蕁麻疹	はい	いいえ	
その時に熱は出ましたか。	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はありませんか。 薬・食品名 ()	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せんか。 予防接種名 ()	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方はいますか。	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、ウシ成分の使用、医薬品医療機器総合機構法及び札幌市予防接種事故災害補償条例に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む。)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、接種することに (同意します ・ 同意しません)。 ※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名

使用ワクチン名・ロット番号	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
⑨ メーカー名	皮下接種、0.5 ml	⑪ 医療機関名:
ロット No	接種部位: 上腕伸側部 (右・左)	⑫ 接種年月日: 年 月 日 時

この予診票は、予防接種の実施時の記録を目的としています。

小児用肺炎球菌予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	小児用肺炎球菌	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

小児用肺炎球菌ワクチン接種予診票

札幌市公費助成対象者用

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

図	② 初回免疫 (1回目 - 2回目 - 3回目) - 追加免疫	診察前の体温	度 分
初回(1回目)接種年齢	④ 生後2か月～7か月未満 - 生後7か月～生後12か月未満 - 1歳 - 2歳以上		
住所等	札幌市 区	TEL (⑦
(フリガナ) 接種者氏名	⑤	⑥ 男・女	⑦ 年 月 日
保護者氏名			

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
保護者の方に、お子様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。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な病状 ()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 具体的な病状 ()	はい いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ()	はい いいえ	
また、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。() 歳頃 その時に熱は出ましたか。	はい いいえ 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はありますか。 薬・食品名 ()	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方はいますか。	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、医薬品医療機器総合機構法及び札幌市予防接種事故災害補償要綱に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)。 ※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名

⑧ 使用ワクチン名・ロット番号	接種量・方法	⑪ 接種場所・医師名・接種年月日
⑧ メーカー名	皮下接種、0.5ml 接種部位：上腕伸側部	⑪ 医療機関名： 医 師 氏 名： ⑫ 接種年月日 年 月 日 時
⑨ Lot No	(右 ・ 左)	

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。

子宮頸がんワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	子宮頸がん	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑥	性別	女	
⑧	ワクチンメーカー	シール記載「サーバリックス」=9(GSK) シール記載「ガーダシル」=13(MSD4価) シール記載「シルガード」=14(MSD9価)	
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

札幌市公費助成対象者用

子宮頸がん予防ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれた箇所を記入するか○で囲んでください。

回数	<input checked="" type="radio"/> 1回目 ・ <input type="radio"/> 2回目 ・ <input type="radio"/> 3回目	診察前の体温	度 分
住所等	札幌市 区	1回目の接種時期	平成 年 月
(フリガナ) 被接種者氏名		TEL ()	年 月 日
保護者氏名		生年月日	年 月 日

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な病状 ()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 具体的な病状 ()	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・発育障がいの病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ()	はい いいえ	
また、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。()歳頃	はい いいえ	
その時に熱は出ましたか。	はい いいえ	
薬や食品、ゴム製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はありますか。 薬・食品・製品名 ()	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方はいますか。	はい いいえ	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)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	

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。
接種を受ける本人(またはその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応、医薬品医療機器総合機構法及び札幌市予防接種事故災害補償要綱に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)。※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名

使用ワクチン名・ロット番号	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	筋肉内接種、0.5mL	医療機関名:
Lot No	接種部位: 上腕三角筋部	医師名:
	(右・左)	接種年月日 年 月 日 時

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。

不活化ポリオ予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	不活化ポリオ	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑧	ワクチンメーカー	10(SP)	シール記載は「イモボックスポリオ」
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ポリオ予防接種予診票（不活化ワクチン用）

回 数	診察前の体温	度	分
初回免疫（1回目・2回目・3回目）	追加免疫（4回目）		
住 居	〒	市 区	町 番 号
フリガナ	姓	名	フリガナ
受ける人の氏名	男 子	生 年 月 日	日 生
保護者の氏名	女 子	生 年 月 日	(満 歳 月)

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
お子さんは、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。	0回・1回・2回	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします		
出生体重 () g	あった なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった なかった	
出生後に異常がありましたか	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 ()		
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 ()		
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 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	ある ない	
予防接種の種類 ()		
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	
医師記入欄 ※平成24年9月1日以前のポリオワクチンの接種歴についてご確認の上、接種者が国外産不活化ポリオワクチンを接種している場合には確認の上カルテ等に記載するなど記録をお願いします。 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、ウシ成分の使用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		
医師の診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む)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) ※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・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 m	実施場所
Lot No.	接種部位 上腕伸側	医師名
	(右・左)	接種年月日
		成 年 月 日

(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。

四種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	四種混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ジフテリア
百日せき
ポリオ
破傷風

混合予防接種

	診察前の体温	度	分	
回数	初回免疫（1回目・2回目・3回目）・追加免疫（4回目）			
住所	〒 札幌市 区		連絡先 ☎	—
フリガナ	フリガナ			
受ける人の氏名	男	生	年 月 日生	
保護者の氏名	女	月 日	(満 歳 ヵ月)	
続柄				

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市町村から配られている説明書を読みましたか	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 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 乳幼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 なかった あった なかった ある ない	
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 ()	はい いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師に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はありますか 予防接種名 ()	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	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの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 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		
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）※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 (注) 有効期限確認	種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名		実施場所
LOT No	ml	医師名
医師記入欄		接種年月日 年 月 日

*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ヵ月以内に受けた人は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

水痘予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	水痘	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

水痘ワクチン接種予診票

	診察前の体温	度 分
回数 (1回目 ・ 2回目)		
住所 札幌市 区	連絡先 ☎	-
フリガナ	5	6
受ける人の氏名	男 生年 年 月 日生	7
保護者の氏名	女 月日 (満 歳 (ヵ月))	

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札幌市から配られている説明文書を読み、理解しましたか	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 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 なかった あった なかった 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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1カ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	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はありますか 予防接種名 ()	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カ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、説明をしました。 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) ※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		
8 使用ワクチン名 (注)有効期限確認	10 接種量	11 実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 ml	実施場所
9 Lot No		医師名
医師記入欄		12 接種年月日 年 月 日

*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カ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出ないことがあります。

高齢者用肺炎球菌予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	高齢者用肺炎球菌	
②	期・回数	1回目(パンチコード1)	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

①札幌市提出用

太枠の中を記入してください。記入する前に「高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ」をよくお読みください。

※東日本大震災の被災者については、避難前の住所を記入してください。

住所※	札幌市	区	電話番号()	—	度	分
フリガナ	5		6	7	明治・大正・昭和	年 月 日
氏名			男・女			(満 歳)

- 60歳以上65歳未満の方で、心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害等級1級又はそれに準じる障がい有する方は、身体障害者手帳(1級)又は医師の診断書を医療機関の窓口へ提出してください。
- 生活保護世帯の方・市民税非課税世帯(世帯全員が非課税の方)で接種料金の免除を希望される場合は、「高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ」を御確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口へ提出してください。
※医療機関窓口での介護保険料段階の電話確認は行いません。所定の書類を持参していない場合は接種料金の免除を受けることはできませんのでご注意ください。

一 医療機関記入欄 確認した自己負担額免除の証明書類に○をつけ、必要事項を記入してください。

1 介護保険料納入(特別徴収決定)通知書【保険料段階 段階】	2 生活保護受給証明書・決定(変更)通知書・医療券・介護券
3 後期高齢者医療限度額適用・標準限度額認定証【被保険者番号	】
4 後期高齢者健康診査受診券【自己負担額0円を確認、受診券整理番号	】
5 その他【具体的に記載:	】

質問事項	回答欄	医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について札幌市が配布している説明書を読みましたか。	はい いいえ	
肺炎球菌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。具合の悪い症状を書いてください。()	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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい いいえ	
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。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。病名()	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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	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。予防接種の名前()	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	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種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
-------	--

8	ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
9	メーカー名	10 ml	11 接種年月日
	Lot No.		12 年 月 日

※ ゴム印を使用する場合には、2枚目にもゴム印を押してください。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望者(医師の診察の結果、予防接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望します。
また、この予診票が札幌市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者署名
代筆者署名 被接種者との続柄()

※ 被接種者が自署できない場合は、代筆者が被接種者署名・代筆者署名・被接種者との続柄をすべて記入してください。
※ 医師・看護師等の医療従事者は代筆できません。

日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳未満用)

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	日本脳炎	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

日本脳炎ワクチン接種予診票

診察前の体温		度		分	
回数	2	1期初回免疫 (1回目・2回目)	1期追加免疫 (3回目)	2期 (4回目)	
住所	札幌市 区			連絡先☎	-
フリガ	5			6	7
受ける人の氏名	男		生年	年	月 日生
保護者の氏名	女		月日	(満	歳 か月)
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札幌市から配られている説明文書を読み、理解しましたか			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 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか 出生後に異常がありましたか			あった あった	なかった なかった	
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か月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、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 ()			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はありますか 予防接種名 ()			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。 医師の署名又は記名押印					
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) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。 保護者自署					
8	使用ワクチン名 (注) 有効期限	10	接種量	11	実施場所・医師名・接種年月日
9	ワクチン名 LOT No				12
医師記入欄			接種年月日 年 月 日		

*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か月以内に受けた方は、水痘ワクチンなど生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳以上用)

※13歳未満用と予診票の色は異なるが、パンチ項目は同様

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	日本脳炎	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

日本脳炎ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

回数		診察前の体温	度	分
2	1期初回免疫 (1回目 ・ 2回目)	1期追加免疫 (3回目)	2期 (4回目)	
住所	札幌市 区	連絡先	—	
(フリガナ) 被接種者氏名	5	6	7	7
保護者氏名 ^{※1}	続柄	性別	生年	年 月 日
		男	月日	(満 歳 か月)
		女		

※1 接種を受ける人が既婚の場合には、記載する必要はありません。

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読みましたか	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な病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か月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、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。 予防接種名 ()	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、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい いいえ	
また、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 () 歳頃	はい いいえ	
その時に熱が出ましたか	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はありますか	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はありますか 予防接種名 ()	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	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性 (生理が遅れているなど) 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	

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 (接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 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しました。 医師の署名または記名押印

保護者記入欄
保護者が 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 同伴する場合 した上で、接種することに (同意します・同意しません)。※どちらかを○で囲んでください。 (受ける者が 既婚の場合) この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。 保護者 (接種を受ける者が既婚の場合は本人) 自署 ※説明書のウラ面の保護者自署欄にも署名してください。
保護者が あなたのお子さんの病歴、健康状態、接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意しますか 同伴しない場合 (同意します・同意しません)。※どちらかを○で囲んでください。 この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。 保護者自署

8	使用ロケ手/名 (注) 右側用印欄	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	11
9	フリガナ 氏名 No.	10	実施場所 氏名	
	記入欄	ml	接種年月日 年 月 日	12

B型肝炎ワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	B型肝炎	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

B型肝炎ワクチン接種予診票

		診察前の体温	度	分
回数	1回目	2回目	3回目	
住	札幌市	区	連絡先	-
受ける人の氏名	男		生	年 月 日 生
保護者の氏名	姓	名	女	月 日 (満 歳 か月)
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札幌市から配られている説明文書を読み、理解しましたか		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 出生体重 () g		あった	なかった	
乳幼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	なかった	
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か月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、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 ()		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はありますか 予防接種名 ()		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。 医師の署名又は記名押印				
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) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市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 (注) 有効期限	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名		実施場所		
LOT No.		医師名		
医師記入欄		接種年月日	年 月 日	

*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か月以内に受けた方は、水痘ワクチンなど生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

ロタウイルスワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	ロタウイルスワクチン	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ロタウイルス感染症予防接種予診票

住 所		札幌市 区		診察前の体温	度	分
フリガナ		男		連絡先 ☎ ー		
受ける人	5		7	令和 年 月 日生		
保護者の氏名		続柄	女	*姓を記載(姓)は、姓のみの場合は「日」を記入してください。		
接種日を記入してください				1回目	2回目	3回目
ロタリックス (1価) 最終期限 出生24週0日後まで				月 日	月 日	月 日
ロタアック (5価) 最終期限 出生32週0日後まで				月 日	月 日	月 日
1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか。また、前回接種から27日以上の間隔が空いていることを確認しましたか。(医療機関の方がご確認ください)						
質問事項				回答	医師記入欄	
今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読み、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(または札幌市からの説明文書を読み)、理解しましたか				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						
出生体重 () kg						
分娩時に異常がありましたか				あった	なかった	
出生後に異常がありましたか				あった	なかった	
乳幼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	なかった	
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 病名 ()				はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人がいましてか 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 () 受けた日 ()				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害がありますか。*この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません				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、今までに先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、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 () ヶ月頃				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しん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	
薬・食品名 ()						
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はありますか				ある	ない	
予防接種名 ()						
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				はい	いいえ	
薬剤名 ()						
これまでに輸血また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(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。						
医師の署名又は記名押印						
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(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) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市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(注)有効期限確認		接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
8	名	経口摂取	実施場所			
	ロタリックス	ロタアック	医師名			
	1.5ml	2ml	接種年月日 令和 年 月 日			
9	姓		12			

※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か月以内に受けた方は、麻疹などの生ワクチンの予防接種の効果が出ないことがあります。

五種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	五種混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ジフテリア
百日せき
破傷風
ヒブ

混合予防接種

	診察前の体温	度	分
回数	初回免疫（1回目・2回目・3回目）・追加免疫（4回目）		
住所	〒 札幌市 区		連絡先 ☎
フリガナ			
受ける人の氏名	男	生	年 月 日生
保護者の氏名	女	月日	(満 歳 カ月)

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市町村から配られている説明書を読みましたか	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 出生体重 () g	あった	なかった
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった
出生後に異常がありましたか	ある	ない
乳幼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 具合の悪い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 ()	はい	いいえ
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ
生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師に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はありますか 予防接種名 ()	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
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの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 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		
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）※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 (注) 有効期限確認	種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名		実施場所
LOT No	ml	医師名
医師記入欄		接種年月日 年 月 日

*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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

予防接種予診票②(風しん対策事業) パンチ項目説明書

パンチレイアウト(5期)	P1
パンチレイアウト(抗体検査)	P2
コードマスタ	P3
風しん5期予診票レイアウト	P4
風しん抗体検査予診票レイアウト	P5

パンチレイアウト

ファイル名	仕様書参照
形式	SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション))
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	発券番号	9(10)	0詰めの10桁の数字を入力すること。	0123456789
2	接種日	9(7)	元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付	(平成23年8月8日) 4230808
3	ワクチンメーカー	9(2)	※別紙「コードマスタ」参照	(北里) 1
4	ワクチンロット番号	X(10)		M451366
5	接種量	9(4)		0.5
6	請求年月	9(6)	保存箱に記載のある請求年月を西暦表記で入力すること。月が1桁の場合は、0埋めをすること。 西暦(4桁)+月(0埋め2桁)	(平成23年8月) 201108
7	実施医療機関	N(50)	実施医療機関名を入力すること。	日本小児科医院
8	風しん単独ワクチン使用	9(1)	風しん単独のワクチンを使用している場合は1を入力する。それ以外の場合は空白とする。	1

※令和については、元号を「5」として入力を行うこと。

※西暦で記載されている場合は、和暦(元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付)に変換して入力すること。

パンチレイアウト

ファイル名	仕様書参照
形式	SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション))
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	発券番号	9(10)	0詰めの10桁の数字を入力すること。	0123456789
2	検査日	9(7)	元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付	(平成23年8月8日) 4230808
3	判定結果	9(1)	1:接種対象(陰性) 2:接種対象外(陽性)	(定期接種 対象) 1
4	検査法	9(1)	1:赤血球凝集抑制法(HI法) 2:酵素免疫法(EIA法) 3:ラテックス免疫比濁法(LTI法) 4:蛍光酵素免疫法(ELFA法) 5:化学発光酵素免疫法(CLEIA法) 6:蛍光免疫測定法(FIA法) 7:化学発光免疫測定法(CLIA法) 8:イムノクロマト法(ICA法)	(酵素免疫法) 2
5	抗体価	9(10)	下記の例のように数字部分だけを入力すること。 HI法 8倍未満=0、8倍=8、16倍=16、32倍=32 EIA法(デンカ生研) 8.0 = 8.0 EIA法(国際①) 30IU/mL=30 EIA法(国際②) 45IU/mL=45 ラテックス法 20IU/mL=20	(32.0) 32.0
6	単位	9(1)	1:倍 2:EIA価 3:IU/mL 4:その他	(EIA価) 2
7	その他の単位	N(10)	その他の項目に記載された内容を入力すること。	(AI) AI
8	検査番号	9(1)	1:検査番号1 2:検査番号2 3:検査番号3 4:検査番号4 5:検査番号5 6:検査番号6	(検査番号 4) 4
9	実施医療機関	N(50)	実施医療機関名を入力すること。	日本小児科医院

※令和については、元号を「5」として入力を行うこと。

※西暦で記載されている場合は、和暦(元号(3:昭和、4:平成、5:令和)+6桁日付)に変換して入力すること。

コードマスタ

■ ワクチンメーカー

No.	項目名称	パンチコード
1	北里	1
2	武田薬品	2
3	kmb	3
4	阪大微研	4
5	デンカ生研	5
6	日本BCG製造	6
7	ポリオ研	7
8	MSD	8
9	GSK	9
10	SP	10
11	ファイザー	11

■ 判定結果

No.	項目名称	パンチコード
1	接種対象(陰性)	1
2	接種対象外(陽性)	2

■ 検査法

No.	項目名称	パンチコード
1	赤血球凝集抑制法(HI法)	1
2	酵素免疫法(EIA法)	2
3	ラテックス免疫比濁法(LTI法)	3
4	蛍光酵素免疫法(ELFA法)	4
5	化学発光酵素免疫法(CLEIA法)	5
6	蛍光免疫測定法(FIA法)	6
7	化学発光免疫測定法(CLIA法)	7
8	イムノクロマト法(ICA法)	8

■ 単位

No.	項目名称	パンチコード
1	倍	1
2	EIA価	2
3	IU/mL	3
4	その他	4

■ 検査番号

No.	項目名称	パンチコード
1	検査番号1	1
2	検査番号2	2
3	検査番号3	3
4	検査番号4	4
5	検査番号5	5
6	検査番号6	6

風しん5期レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
⑥	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

風しんの第5期の定期接種予診票

※本様式をご記入ください。

住民票に記載されている住所 市 区 町 村 番 道 府 県 番 号	1 氏 名 男 ・ 女 生年月日 昭和 年 月 日生 (満 歳)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>接種券番号</td> <td>011002</td> </tr> <tr> <td>接種券種別</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>接種券額(税込)</td> <td>10,000 円(自己負担分を除く)</td> </tr> <tr> <td>接種券額(税別)</td> <td>0 円</td> </tr> <tr> <td>接種券No.</td> <td>有効期限2022年03月</td> </tr> <tr> <td>(氏名)</td> <td>(製保連続出用)</td> </tr> </table>	接種券番号	011002	接種券種別	3	接種券額(税込)	10,000 円(自己負担分を除く)	接種券額(税別)	0 円	接種券No.	有効期限2022年03月	(氏名)	(製保連続出用)
接種券番号	011002													
接種券種別	3													
接種券額(税込)	10,000 円(自己負担分を除く)													
接種券額(税別)	0 円													
接種券No.	有効期限2022年03月													
(氏名)	(製保連続出用)													

質問事項	回答欄	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	はい いいえ	
今日の予防接種について市区町村から配られている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。(治療の内容:)	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、体に具合が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。()	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	
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。症状() 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	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
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。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ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	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	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した・していない) 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 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、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

風しんの第5期の定期接種希望書(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、予防接種の効果や副反応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 ・ 接種を希望しません)

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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない際は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との関係を記載)

8	ワクチンロット番号	接種量	7	実施場所・医師名・接種年月日
3	ワクチン名	5	実施場所	医療機関等コード
4	ロットNo. _____	0.5ml	2	接種年月日 _____ (医師)

風しん抗体検査レイアウト

■ 予診票サンプル

風しんの抗体検査受診票

※大枠の色をご記入ください。
※本受診票は、昭和7（1932）年4月2日から昭和64（1989）年4月1日までの間に生まれた患者を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された形式です。

市区町村に 登録されて いる住所	都 道 府 県 市 区 町 村	性別 抗体検査券 1 検査券番号 北海道札幌市 011002 有効期限 2020年03月 (氏名) 1 (提供施設名称)
氏 名 男 ・ 女		
生年月日 昭和 年 月 日生 (満 歳)		

質問事項	回答欄	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年（2014年）4月1日以降に受けましたか。	はい いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。 予防接種の種類 (注:注) () (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン)	はい いいえ	

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
 下記に該当する場合、口にて✓を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書 (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)
 この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条項に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。
 (署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。)
 年 月 日 被検者自署
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び種別等の欄を記載)

医師記入欄

対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は (あり ・ なし ・ 不明または記録なし) と確認した。
 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の (対象 ・ 非対象) と判断した。
 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は (あり ・ なし ・ 不明または記録なし) と確認した。
 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。
 1回目: 接種ワクチン (風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日 (年 月 日)
 2回目: 接種ワクチン (風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日 (年 月 日)
 以上の問診の結果、今回の抗体検査は (必要 ・ 不要) と判断した。

医師署名又は記名押印

風しんの抗体検査の結果 (※裏面の付添2を参照)	判定結果 (いずれかに○)	実施場所・医師名・検査年月日
検査方法:	風しんの第5期の 定期接種 対象	実施場所
抗体価 単位 倍・EIA法 IU/mL その他 ()	風しんの第5期の 定期接種 非対象	医師年月日 年 月 日 (西暦)
検査番号 (※裏面の付添1を参照)	医療機関等コード	
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	(該当する検査番号の口を黒く (■) 塗りつぶしてください)	

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
 この受診票を携帯して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

データ保護に関する覚書

(目的)

第1条 この覚書は、データ入力業務の処理に付随して知り得た秘密を第三者に漏洩すること及びデータの紛失、焼失、棄損、盗難等を防止するために必要な措置を講ずることにより、電子計算機処理データの保護及び適正な管理を行うことを目的とする。

(秘密の保持)

第2条 受託者及び受託者の作業に従事している者又は従事していた者は、本契約の履行期間及び履行後において、本契約に基づき委託者から委託を受けた業務に関し、知り得た次条に定める秘密を漏洩してはならない。

(秘密の範囲)

第3条 本覚書に定める秘密の範囲は、次のとおりとする。

- (1) 委託業務遂行のため委託者から預託された、帳票、磁気テープ、磁気ディスク、その他の媒体に記録されているもの及び委託者の指定するもの（以下「データ等」という。）の内容
- (2) 委託者より預託されたデータ等をもとにして処理又は加工した結果、得られた内容
- (3) 委託者からの指示に基づき、特に秘密扱いをすべき旨取り決められた委託者の業務上及び技術上の秘密事項

(管理等)

第4条 受託者は、委託者の業務を処理するにあたって的確に管理するため、データ保護責任者及びデータ保護補助者を指定して、文書により委託者に通知しなければならない。

- 2 受託者は、委託者の業務を処理するにあたってデータを取扱う従事者を限定し、書面をもって委託者に通知しなければならない。
- 3 受託者は、秘密保護の重要性にかんがみ、秘密保護に遺漏のないよう就業規則、業務規程、その他の規定等を整備しなければならない。
- 4 受託者は、第2項の従事者に、委託者から預託された情報資産の適正な取扱いに関する誓約書を提出させなければならない。

(教育訓練)

第5条 受託者は、受託者の従業員に対し、委託者の秘密を保護することの職責の重要性を認識させ、故意又は過失による漏洩防止を徹底させるため、あらゆる機会を通じ、絶えず教育、訓練しなければならない。

(牽制組織)

第6条 受託者は、委託者の指示する業務の処理にあたっては、原則として複数の者が行うものとし、秘密保護のため、受託者の従業員が相互に牽制し得る体制を組織しなければならない。

(データ等の授受)

第7条 受託者は、データ等の授受を行う者を指定し、文書をもって委託者に通知するものとする。

2 データ等の授受は、前項により指定された者が身分証明書を携帯し、名札を着用のうえ、委託者の指定する場所で、送付書等に基づく数量、種類等を検査したうえで行わなければならない。

(データ等の搬送)

第8条 受託者は、データ等の搬送にあたっては、汚損、破損、紛失等のないよう収納ケース等に確実に収め、施錠し、事故がないように十分に配慮しなければならない。

(データ等の保管)

第9条 受託者は、データ等の保管にあたっては、火災、その他の災害及び盗難に備えて保管施設（耐火金庫等）を完備しなければならない。

(報告)

第10条 受託者は、委託者から提供を受けたデータ等に事故があったときは、ただちに委託者に報告し、委託者の指示を受けなければならない。

(指導)

第11条 委託者は、受託者に対してデータ等の管理に関して調査、監督、指導を行い、必要と認めた場合は受託者に報告を求め適切な措置を講ずることができる。

(協議事項)

第12条 この覚書によりがたい事項及び定めのない事項については、委託者と受託者とが協議のうえ定めるものとする。

個人情報の取扱いに関する特記事項

(個人情報の保護に関する法令等の遵守)

第1条 受託者は、「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。)、個人情報保護委員会が定める「個人情報の保護に関する法律についての事務対応ガイド(行政機関等向け)」(以下「事務対応ガイド」という。)、
「札幌市情報セキュリティポリシー」等に基づき、この個人情報の取扱いに関する特記事項(以下「特記事項」という。)を遵守しなければならない。

(管理体制の整備)

第2条 受託者は、個人情報(個人情報保護法第2条第1項に規定する個人情報をいう。以下同じ。)の安全管理について、内部における管理体制を構築し、その体制を維持しなければならない。

(管理責任者及び従業者)

第3条 受託者は、個人情報の取扱いに係る保護管理者及び従業者を定め、書面(当該書面に記載すべき事項を記録した電磁的記録を含む。以下同じ。)により委託者に報告しなければならない。

- 2 受託者は、個人情報の取扱いに係る保護管理者及び従業者を変更する場合の手続を定めなければならない。
- 3 受託者は、保護管理者を変更する場合は、事前に書面により委託者に申請し、その承認を得なければならない。
- 4 受託者は、従業者を変更する場合は、事前に書面により委託者に報告しなければならない。
- 5 保護管理者は、特記事項に定める事項を適切に実施するよう従業者を監督しなければならない。
- 6 従業者は、保護管理者の指示に従い、特記事項に定める事項を遵守しなければならない。

(取扱区域の特定)

第4条 受託者は、個人情報を取り扱う場所（以下「取扱区域」という。）を定め、業務の着手前に書面により委託者に報告しなければならない。

2 受託者は、取扱区域を変更する場合は、事前に書面により委託者に申請し、その承認を得なければならない。

3 受託者は、委託者が指定した場所へ持ち出す場合を除き、個人情報を定められた場所から持ち出してはならない。

(教育の実施)

第5条 受託者は、個人情報の保護、情報セキュリティに対する意識の向上、特記事項における従業者が遵守すべき事項その他本委託等業務の適切な履行に必要な教育及び研修を、従業者全員に対して実施しなければならない。

2 受託者は、前項の教育及び研修を実施するに当たり、実施計画を策定し、実施体制を確立しなければならない。

(守秘義務)

第6条 受託者は、本委託業務の履行により直接又は間接に知り得た個人情報を第三者に漏らしてはならない。

2 受託者は、その使用する者がこの契約による業務を処理するに当たって知り得た個人情報を他に漏らさないようにしなければならない。

3 前2項の規定は、この契約が終了し、又は解除された後においても、また同様とする。

4 受託者は、本委託等業務に関わる保護管理者及び従業者に対して、秘密保持に関する誓約書を提出させなければならない。

(再委託)

第7条 受託者は、やむを得ない理由がある場合を除き、本委託等業務の一部を第三者へ委託（以下「再委託」という。）してはならない。

2 受託者が再委託する場合には、あらかじめ委託者に申請し、委託者から書面により承諾を得なければならない。

- 3 受託者は、本委託等業務のうち、個人情報を取り扱う業務の再委託を申請する場合には、委託者に対して次の事項を明確に記載した書面を提出しなければならない。
- (1) 再委託先の名称
 - (2) 再委託する理由
 - (3) 再委託して処理する内容
 - (4) 再委託先において取り扱う情報
 - (5) 再委託先における安全性及び信頼性を確保する対策
 - (6) 再委託先に対する管理及び監督の方法
- 4 受託者は、前項の申請に係る書面を委託者に対して提出する場合には、再委託者が委託者指定様式（本契約締結前に受託者が必要事項を記載して委託者に提出した様式をいう。）に必要事項を記載した書類を添付するものとする。
- 5 委託者が第2項の規定による申請に承諾した場合には、受託者は、再委託先に対して本契約に基づく一切の義務を遵守させるとともに、委託者に対して再委託先の全ての行為及びその結果について責任を負うものとする。
- 6 委託者が第2項から第4項までの規定により、受託者に対して個人情報を取り扱う業務の再委託を承諾した場合には、受託者は、再委託先との契約において、再委託先に対する管理及び監督の方法及び方法について具体的に規定しなければならない。
- 7 前項に規定する場合において、受託者は、再委託先の履行状況を管理・監督するとともに、委託者の求めに応じて、その管理・監督の状況を適宜報告しなければならない。

（複写、複製の禁止）

第8条 受託者は、本委託等業務を処理するに当たって、委託者から提供された個人情報が記録された資料等を、委託者の許諾を得ることなく複写し、又は複製してはならない。

（派遣労働者等の利用時の措置）

第9条 受託者は、本委託等業務を派遣労働者、契約社員その他の正社員以外の労働者に行わせる場合は、正社員以外の労働者に本契約に基づく一切の義務を遵守させなければならない。

2 受託者は、委託者に対して、正社員以外の労働者の全ての行為及びその結果について責任を負うものとする。

(個人情報の管理)

第10条 受託者は、本委託等業務において利用する個人情報を保持している間は、事務対応ガイドに定める各種の安全管理措置を遵守するとともに、次の各号の定めるところにより、当該個人情報の管理を行わなければならない。

- (1) 個人情報を取り扱う事務、個人情報の範囲及び同事務に従事する従業者を明確化し、取扱規程等を策定すること。
- (2) 組織体制の整備、取扱規程等に基づく運用、取扱状況を確認する手段の整備、情報漏えい等事案に対応する体制の整備、取扱状況の把握及び安全管理措置の見直しを行うこと。
- (3) 従業者の監督・教育を行うこと。
- (4) 個人情報を取り扱う区域の管理、機器及び電子媒体等の盗難等の防止、電子媒体等の取扱いにおける漏えい等の防止、個人情報の削除並びに機器及び電子媒体等の廃棄を行うこと。
- (5) アクセス制御、アクセス者の識別と認証、外部からの不正アクセス等の防止及び情報漏えい等の防止を行うこと。

(提供された個人情報の目的外利用及び第三者への提供の禁止)

第11条 受託者は、本委託等業務において利用する個人情報について、本委託等業務以外の目的で利用し、又は第三者へ提供してはならない。

(受渡し)

第12条 受託者は、委託者と受託者との間の個人情報の受渡しを行う場合には、委託者が指定した手段、日時及び場所で行うものとする。この場合において、委託者は、受託者に対して個人情報の預り証の提出を求め、又は委託者が指定する方法による受渡し確認を行うものとする。

(個人情報の返還、消去又は廃棄)

- 第13条 受託者は、本委託等業務の終了時に、本委託等業務において利用する個人情報について、委託者の指定した方法により、返還、消去又は廃棄しなければならない。
- 2 受託者は、本委託等業務において利用する個人情報を消去又は廃棄する場合は、事前に消去又は廃棄すべき個人情報の項目、媒体名、数量、消去又は廃棄の方法及び処理予定日を書面により委託者に申請し、その承諾を得なければならない。
- 3 受託者は、個人情報の消去又は廃棄に際し委託者から立会いを求められた場合は、これに応じなければならない。
- 4 受託者は、前3項の規定により個人情報を廃棄する場合には、当該個人情報が記録された電磁的記録媒体の物理的な破壊その他当該個人情報を判読不可能とするのに必要な措置を講じなければならない。
- 5 受託者は、個人情報を消去し、又は廃棄した場合には、委託者に対してその日時、担当者名及び消去又は廃棄の内容を記録した書面で報告しなければならない。

(定期報告及び緊急時報告)

- 第14条 受託者は、委託者から、個人情報の取扱いの状況について報告を求められた場合は、直ちに報告しなければならない。
- 2 受託者は、個人情報の取扱状況に関する定期報告及び緊急時報告の手順を定めなければならない。

(監査及び調査)

- 第15条 委託者は、本委託等業務に係る個人情報の取扱いについて、本契約の規定に基づき必要な措置が講じられているかどうか検証及び確認するため、受託者及び再委託者に対して、実地の監査又は調査を行うことができる。
- 2 委託者は、前項の目的を達するため、受託者に対して必要な情報を求め、又は本委託等業務の処理に関して必要な指示をすることができる。

(事故時の対応)

- 第16条 受託者は、本委託等業務に関し個人情報の漏えい等の事故（個人情報保護法違反又はそのおそれのある事案を含む。）が発生した場合は、その事故の発生に係る帰責の有無にかかわらず、直ちに委託者に対して、当該事故に関わる個人情報の内容、

件数、事故の発生場所、発生状況等を書面により報告し、委託者の指示に従わなければならない。

- 2 受託者は、個人情報の漏えい等の事故が発生した場合に備え、委託者その他の関係者との連絡、証拠保全、被害拡大の防止、復旧、再発防止の措置を迅速かつ適切に実施するために、緊急時対応計画を定めなければならない。
- 3 委託者は、本委託等業務に関し個人情報の漏えい等の事故が発生した場合は、必要に応じて当該事故に関する情報を公表することができる。

(契約解除)

第17条 委託者は、受託者が特記事項に定める業務を履行しない場合は、特記事項に関連する委託等業務の全部又は一部を解除することができる。

- 2 受託者は、前項の規定による契約の解除により損害を受けた場合においても、委託者に対して、その損害の賠償を請求することはできないものとする。

(損害賠償)

第18条 受託者の責めに帰すべき事由により、特記事項に定める義務を履行しないことにより委託者に対する損害を発生させた場合は、受託者は、委託者に対して、その損害を賠償しなければならない。

(注) 委託事務の実態に即して、適宜必要な事項を追加し、又は不要な事項を省略することとする。