

# 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

予診票種類	ファイル名	
予防接種 予診票	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
	HPVワクチン	Yobou_K_HP.V.csv
	不活化ポリオ	Yobou_S_POLIO2.csv
	四種混合	Yobou_K_DPTIPV.csv
	五種混合	Yobou_K_DPTIPVHIB.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_ROT.A.csv
	帯状疱疹ワクチン	Yobou_K_TAIJOU.csv
RSウイルスワクチン	Yobou_K_RS.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、東で行うため、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「予防接種予診票パンチ項目説明書」、
- (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

契約日 から 令和9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
・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)	9,480	30	6	8	
妊婦一般健康診査(2回目)	9,384	27	6	8	
妊婦一般健康診査(3回目)	9,392	27	6	8	
妊婦一般健康診査(4回目)	9,432	27	6	8	
妊婦一般健康診査(5回目)	9,636	27	6	8	
妊婦一般健康診査(6回目)	9,426	27	6	8	
妊婦一般健康診査(7回目)	9,368	27	6	8	
妊婦一般健康診査(8回目)	9,028	27	6	8	
妊婦一般健康診査(9回目)	7,974	27	6	8	
妊婦一般健康診査(10回目)	8,990	28	6	8	
妊婦一般健康診査(11回目)	9,090	28	6	8	
妊婦一般健康診査(12回目)	7,688	28	6	8	
妊婦一般健康診査(13回目)	5,598	28	6	8	
妊婦一般健康診査(14回目)	3,308	28	6	8	
超音波検査1~6回	58,088	28	6	8	
総 計	175,882				

### 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	8,974	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	20	33	6	8
二種混合	10,657	32	6	8
麻しん風しん	19,662	32	6	8
ヒブワクチン	200	31	6	8
小児用肺炎球菌	33,230	31	6	8
HPVワクチン	9,094	29	6	8
不活化ポリオ	20	30	6	8
四種混合	400	34	6	8
五種混合	38,953	33	6	8
水痘	17,836	33	6	8
高齢者用肺炎球菌	3,456	33	6	8
日本脳炎ワクチン	54,289	34	6	8
B型肝炎ワクチン	24,052	34	6	8
ロタウイルス	18,611	34	6	8
带状疱疹ワクチン	54,423	34	6	8
RSウイルスワクチン	7,314	34	6	8
総 計	292,217			

4 受診票及び予診票データ納品期限

役務の実施月	予定件数			対象帳票	納品期限	備考
	妊婦一般健康診査	新生児聴覚検査	予防接種			
令和8年 6月			48,700	令和8年2～3月分	令和8年 6月末日	納品期限にかかわらず、可能な限り早期に納品すること。
令和8年 7月	29,320	1,500		令和8年2～3月分	令和8年 7月末日	
令和8年 8月			24,350	令和8年 4月分	令和8年 8月末日	
	14,660	750		令和8年 4月分		
令和8年 9月	14,660	750	24,350	令和8年 5月分	令和8年 9月末日	
	14,660	750	24,350	令和8年 6月分		
令和8年10月	14,660	750	24,350	令和8年 7月分	令和8年10月末日	
令和8年11月	14,660	750	24,350	令和8年 8月分	令和8年11月末日	
令和8年12月	14,660	750	24,350	令和8年 9月分	令和8年12月末日	
令和9年 1月	14,660	750	24,350	令和8年 10月分	令和9年 1月末日	
令和9年 2月	14,660	750	24,350	令和8年 11月分	令和9年 2月末日	
令和9年 3月	14,660	750	24,350	令和8年 12月分	令和9年 3月末日	
	14,660	750	24,350	令和9年 1月分		

## 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(R8・基本①)レイアウト	P2
妊婦一般健康診査受診票②(R8・基本②)レイアウト ※「R8・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(R8・超音波)レイアウト ※「R8・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(R7・基本①)レイアウト	P5
妊婦一般健康診査受診票②(R7・基本②)レイアウト ※「R7・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(R7・超音波)レイアウト ※「R7・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8年度版(2026年度版)) 2026
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7年度版(2025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8年9月15日) 5080915 (2026年11月1日) 5081101
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

# 妊婦一般健康診査受診票①-1(R6・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8年度版(2026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。

8	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>	
3	令和8年度版(2026年度版)	4	
	フリガナ		
5	妊婦氏名		
	生年月日	7	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 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 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8年度版(2026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		
	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7年度版(2025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 ※札幌市で交付を受けた方のみ			
	令和7年度版(2025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	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。

<b>3</b> 交付年度	<b>4</b> 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7年度版(2025年度版)	
フリガ <b>5</b>	
妊婦氏名	
生年月日 <b>7</b>	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 <b>10</b>	年 月 日	
<b>22</b> 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	
実施委託機関名 <b>11</b>		
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(R8)レイアウト	P2
新生児聴覚検査受診票(R7)レイアウト	P3
新生児聴覚検査受診票(追加交付用)レイアウト	P4

## パンチレイアウト

ファイル名	Tyokaku.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)	-
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8年度版(2026年度版)) 2026
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8年4月1日) (2026年4月1日) 5080401
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8年4月15日) 5080415 (2026年4月15日) 5080415
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8年4月25日) 5080425 (2026年4月25日) 5080425
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(R8)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8年度版 (2026年度版)				
	フリガナ	5			
	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			
	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。確診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(R7)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7年度版 (2025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(リファー)	右耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)	17
14		左耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)	左耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)	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(リファー)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(追加交付用)レイアウト

・受診票サンプル

追加交付用 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

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

この欄は実施した医師が記入してください。

<b>11</b> 検査実施日 初回検査 年 月 日	<b>15</b> 確認検査 年 月 日
<b>12</b> 検査 自動ABR OAE	<b>16</b> 自動ABR OAE
<b>13</b> 検査結果 右耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)	<b>17</b> 右耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)
<b>14</b> 左耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)	<b>18</b> 左耳 異常なし(パス) 要再検査(リファー)
特記事項	
<b>20</b> 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(リファー)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

## 予防接種予診票 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
HPV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
高齢者帯状疱疹予診票レイアウト	P20
RSウイルスワクチン予診票レイアウト	P21

## 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。 ※別紙「コードマスタ」参照	(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。 ※別紙「コードマスタ」参照	(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、「小児用肺炎球菌」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)	氏名の中に全角空白を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	15
14	五種混合	16
15	高齢者帯状疱疹	17
16	RSウイルス	18

## ■ 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

### ◎ 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

### ◎ HPV

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

◎ 高齢者帯状疱疹

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目 (組み換えワクチン1回目又は生ワクチン)	1
2	2回目 (組み換えワクチン2回目)	2

◎ RSウイルスワクチン

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1

■ 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
14	ファイザー(小児肺炎20価)	15

# 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 混合予防接種予診票

		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			
フリガナ				
受ける人の氏名	男	生年	年	月 日生
	女	月日	(満	歳 か月)
保護者の氏名	続柄	電話番号	( )	-
質問事項				
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 分娩時に以上がありましたか 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 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( )	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た人はいいますか	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				
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	9	10	11	
使用ワクチン名 (注) 有効期限	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名		11 施場所		
Lot No.		医師名		
医師記入欄	12 接種年月日 令和 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、麻疹など生ワクチン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	(空白)	
⑩	接種量	0.1	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

## ■予診票サンプル

### 二種混合（ジフテリア・破傷風）予防接種予診票

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、四種混合、三種混合および二種混合の予防接種を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。

住所		札幌市 区	電話	度	分
フリガナ			7		
5	受ける人の氏名	男・女	生年	年	月 日
6	保護者の氏名	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か月以内に家族や友達に麻疹、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 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がありますか 予防接種の名前 ( )	ある  ない	
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

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 (注)有効期限確認	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)		実施場所
	Lot No.	0.1ml		医師名
	医師記入欄			12
				接種年月日 令和 年 月 日

※輸血、免疫グロブリン製剤の注射は二種混合ワクチンに影響はしませんが、それらの治療が行われている理由が、二種混合予防接種の禁忌に該当しないか確認いたします。

# 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

※どちらかに○をつけてください

### 麻しん風しん(MR)混合ワクチン接種予診票 (第1期・第2期)

診察前の体温		度		分
住 所	札幌市 区			
フリガナ	フリガナ			
受ける人の氏名	男	生年	令和 年 月 日	7
	女	月日	(満 歳 か月)	
保護者の氏名	続柄	電話番号	( ) -	6

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 分娩時に以上がありましたか 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しん(はしか)、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( )	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

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)	実施場所
Lot No.	ml	医師名
医師記入欄		12 接種年月日 令和 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、麻しんなど生ワクチンの予防接種の効果が十分に出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(サノフィバステール)
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

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)				
1回目の接種		生後2か月～7か月未満 ・ 生後7か月～12か月未満 ・ 1歳以上		
住 所		札幌市 区 連絡先		
フリガナ				
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)	
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、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		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	
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か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				
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		
ワクチン名		11 実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No. 9		mℓ 実施場所		
医師記入欄		12 医師名		
		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、麻疹など生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# 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

		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 (4回目)			
1回目の接種	生後2か月～7か月未満 ・ 生後7か月～12か月未満 ・ 1歳 ・ 2歳以上 ④			
住所	札幌市 区			
フリガナ	⑤			
受ける人の氏名	男 女	生年 月日	⑦ 令和 年 月 日生 (満 歳 か月)	
保護者の氏名	続柄	電話番号	⑥ ( ) -	
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 分娩時に以上がありましたか 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 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か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気がいましたか 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				
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	接種方法・接種量	⑪ 実施場所・医師名・接種年月日		
⑧ ワクチン名	(皮下接種・筋肉内接種)	実施場所		
⑨ Lot No.		医師名		
医師記入欄		⑫ 接種年月日 令和 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、麻疹など生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# 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	(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

**HPV ワクチン接種予診票**

※太い線で囲っ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	1回目	2回目	3回目
住所	札幌市 区		
(フリガナ)	電話番号 ( ) -		
被接種者氏名	生年月日	平成・令和 年 月 日	
保護者の氏名※	相当する学年	小6・中1・中2・中3・高1・他	

※ 接種を受ける人が満16歳以上の場合には、記載する必要はありません。

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を読みましたか	はい	いいえ		
今回の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目	
(2回目以降の場合) これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください (注1) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)、④その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 (注2) ③シルガード9(9価)の場合、初回を15歳になるまでに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。 (注3) 保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。	1回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
	2回目	① / ② / ③ / ④ 年 月 日 歳		
今日接種を希望するワクチンは何種類のワクチンですか (注) ワクチンの種類は①サーバリックス(2価)、②ガーダシル(4価)、③シルガード9(9価)のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③			
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か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	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		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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

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)

使用ワクチン名(注)有効期限確認	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所
Lot No.		医師名
医師記入欄		接種年月日 令和 年 月

# 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「イモバックスポリオ」
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	初回免疫（1回目・2回目・3回目）	追加免疫（4回目）	診察前の体温	度	分
住 所	札幌市 区		TEL -		
フリガナ	フリガナ		性 別	7 年 月 日 生	
受ける人の氏名	フリガナ		男 女	年 月 日 生	
保護者の氏名	フリガナ		(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 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 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には麻しん、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 予防接種の種類 ( )			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 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 予防接種の種類 ( )			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 ※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 l	11	実施場所		
Lot No.	接種部位 上腕伸側部	9	医師名		
	(右・左)	12	接種年月日 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

シフテリア  
百日せき風  
破傷風  
ポリオ

### 混合予防接種予診票

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	

  

	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			
フリガナ	フリガナ			
受ける人の氏名	フリガナ	性別	生年	月 日 生
保護者の氏名	続柄	電話番号	( ) -	

  

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 分娩時に以上がありましたか 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

  

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	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種・筋肉内接種)	実施場所
Lot No.		医師名
		接種年月日 令和 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、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、麻疹など生ワクチン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	(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

回数		住所		フリガナ		性別		生年		令和	
② ( 1回目 ・ 2回目 )		札幌市 区		フリガナ		⑥ 男		⑦ 令和 年 月 日		令和 年 月 日	
⑤ 受ける人の氏名		フリガナ		フリガナ		⑥ 女		⑦ 令和 年 月 日		令和 年 月 日	
保護者の氏名		続柄		フリガナ		フリガナ		電話番号		( ) -	
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 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か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気がいましたか 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											
使用ワクチン名 (注)有効期限		⑧ 接種量		⑩ 実施場所・医師名・接種年月日							
⑨ ワクチン名		皮下接種)		⑪ 実施場所							
Lot No		mL		医師名							
医師記入欄				接種年月日 令和 年 月 日							
				⑫							

\*ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などのウイルス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

### 高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種予診票

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「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種のお知らせ(説明書)」をよくお読みください。  
※原発避難者特例法対象者については、届出避難場所証明書をご提示ください。

原発避難者特例 ※有の場合○を付ける		住所	札幌市	区	診察前の体温	度	分
生年月日	7	昭和	年	月	日(満	歳)	5
		ふりがな	5		氏名	6	
						男・女	

- 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級又はそれに相当する障がい有する方は、身体障害者手帳(1級)又は医師の診断書等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、「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種のお知らせ(説明書)」をご確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口へ提出してください。

#### 【医療機関記入欄】

年齢区分	<input type="checkbox"/> 満65歳 ※接種日時点	<input type="checkbox"/> 満60歳～64歳 ※必ず右の書類を添付する	<input type="checkbox"/> 障害手帳1級(写) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(写) [心臓・じん臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を持つ方(障害等級1級またはそれに相当する方)]
接種料金 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自己負担あり	<input type="checkbox"/> 無料 (無料に☑をつけた場合、右の確認書類に必ず入れる) ※手帳・診断書の写は確認書類にはなりません。	<input type="checkbox"/> 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書(保険料段階第1～3段階のいずれか) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書・変更決定通知書・医療券・介護券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証または資格確認書(有効期限内で区分Ⅰが区分Ⅱ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診受診券(自己負担額0円のもの) <input type="checkbox"/> 課税証明書(市民税・道民税・森林環境税いずれも0円のもの) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)

質問事項	回答欄		医師記入欄
過去に1度でも肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがありますか。 ※肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがある方は定期接種の対象となりません。	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	
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	
今回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
-------	---

ワクチンメーカー名・ロット番号	皮下注射・筋内注射別接種量	実施場所・医師名・接種年月日
8	8	11
メーカー名	皮下注射	接種年月日
Lot No.	筋内注射	9
※有効期限が切れていないか要確認	医師名	12

※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。

# 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				
フリガナ	5				
受ける人の氏名	5	男	生年	7	令和 年 月 日生
保護者の氏名		続柄	6	電話番号	( ) -
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 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					
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		8	皮下接種)	実施場所	
Lot No.		9	ml	医師名	
医師記入欄		接種年月日 令和 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出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

回数		診察前の体温	度	分
1	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			
フリガナ				
受ける人の氏名	男	生年	令和 年 月 日生	7
	女	月日	(満 歳 か月)	
保護者の氏名	続柄	電話番号	( ) -	6
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 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か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気がいましたか 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				
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		
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所		
Lot No	mℓ	医師名		
医師記入欄		接種年月日 令和 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出ないことがあります。

# 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

回数		診察前の体温		度		分	
1回目・2回目・3回目							
住所		札幌市 区					
フリガナ		フリガナ		性別		生年 月 日 生	
受ける人の氏名		フリガナ		男 女		令和 年 月 日 生 (満 歳 か月)	
保護者の氏名		続柄		電話番号		( ) -	
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 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	
ラテックス過敏症*ですか				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	
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	
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							
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			
ワクチン名		皮下接種		実施場所			
Lot No		mL		医師名			
医師記入欄				接種年月日 令和 年 月 日			

\*ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染予防的や重症の感染症の治療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十分に出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		フリガナ		電話番号( )		-	
受ける人の氏名		男		令和 年 月 日生			
保護者の氏名		女		(出生 週 日後)		「出生〇週〇日後」とは、出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします。	
続柄		6					
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	
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				2		はい	
今日の接種は何回目ですか				1回目   2回目   3回目			
これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください。(2回目以降の場合)				1回目		年 月 日	
※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認				2回目		年 月 日	
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 分娩時に以上がありましたか				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( )				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(水ぼうそう)、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( ) 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	
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	
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( )				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				はい		いいえ	
薬剤名( )				はい		いいえ	
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							
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		経口摂取		実施場所			
Lot No.		ロタリックス 1.5ml		ロタテック 2ml		医師名	
医師記入欄				接種年月日 令和 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、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、麻疹など生ワクチンの予防接種の効果が出ないことがあります。

※腸重積症のリスクを避けるため、1回目の接種を、出生14週6日後までに受けることを推奨しています。

# 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	(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 百日咳 破傷風 混合予防接種予診票

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 (4回目)		
住所	札幌市 区		
フリガナ	⑤		
受ける人の氏名	男	生年	⑦ 令和 年 月 日生
	女	月日	(満 歳 か月)
保護者の氏名	続柄	電話番号	( ) -

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 分娩時に以上がありましたか 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 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 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

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。  
この予診票は、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	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
⑧ ワクチン名	⑩ (皮下接種・筋肉内接種)	⑪ 実施場所
⑨ Lot No		
医師記入欄	⑫ ml	医師名
		接種年月日 令和 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、麻疹など生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

# 高齢者帯状疱疹予診票レイアウト

## ■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	高齢者帯状疱疹	
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

### 高齢者帯状疱疹ワクチン定期予防接種予診票

太枠の中を記入してください。記入する前に「高齢者帯状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ(説明書)」をよくお読みください。  
 ※原発避難者特例法対象者に7は、避難前の住所をご記入ください。

原発避難者特例 ※有の場合○を付ける	生年月日	大正 昭和	年	月	日(満 歳)	診察前の フリガナ	度	分
住所	札幌市	区				氏名		
					男・女			

- 満60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいをもつ方(障害等級1級相当)は、身体障害者手帳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、「高齢者帯状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ(説明書)」を確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口へ提出してください。

#### 【医療機関記入欄】

年齢区分	<input type="checkbox"/> 年度中に満65歳から5歳刻み	<input type="checkbox"/> 満60歳～64歳 ※必ず右の書類を添付する	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(1級)(写) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(写) (ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を持つ方(障害等級1級相当))
接種料金(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自己負担あり	<input type="checkbox"/> 無料 (無料に☑を付けた場合、右の確認書類に必ず☑) ※手帳・診断書の写は確認書類にはなりません。	<input type="checkbox"/> 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書(保険料段階第1～3段階のいずれか) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書・変更決定通知書・医療券・介護券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証または資格確認書(有効期限内で区分1か区分1) <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診受診券(自己負担額0円のもの) <input type="checkbox"/> 課税証明書(市民税・道民税・森林環境税いずれも0円のもの) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)

質問事項	回答欄	医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日の接種は①組換えワクチン、②生ワクチンのどちらを希望しますか。希望するものを○で囲んでください。 また、①の接種の場合、何回目になりますか。該当するものを○で囲んでください。	①組換えワクチン(1回目・2回目) ②生ワクチン	
今回の接種が①組換えワクチンの2回目の場合は、1回目の接種年月日を記載してください。	年 月 日	
今日の帯状疱疹の予防接種について札幌市が配布している「高齢者帯状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ(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いわれましたか。	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( )	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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。( )	はい いいえ	
心臓病、じん臓病、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	
その病気をみ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	
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	
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 (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、説明をした。 医師の署名 又は 記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	シングワックス 筋肉内注射 0.5ml	実施場所 医師名
(注)有効期限が切れている	麻疹 0.5ml	接種年月日 令和 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。

# RS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	RSウイルス	
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)	
⑥	性別	女	対象が妊婦のみのため
⑬	請求年月	保存箱に記載	

## ■予診票サンプル

### RSウイルスワクチン 定期予防接種予診票

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「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種のお知らせ(説明書)」をよくお読みください。  
※原発避難者特例法対象者については、届出避難場所証明書をご提示ください。

原発避難者特例 ※有の場合のみを付ける		住所	札幌市	区	診察前の体温	度	分
生年月日	7	年	月	日(満歳)	ふりがな	5	
					氏名		男・女

- 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級又はそれに相当する障がい有する方は、身体障害者手帳(1級)又は医師の診断書等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、「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種のお知らせ(説明書)」をご確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口へ提出してください。

#### 【医療機関記入欄】

年齢区分	<input type="checkbox"/> 満65歳 ※接種日時点	<input type="checkbox"/> 満60歳～64歳 ※必ず右の書類を添付する	<input type="checkbox"/> 障害手帳1級(写) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(写)	〔心臓・じん臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を持つ方(障害等級1級またはそれに相当する方)〕
接種料金 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自己負担あり	<input type="checkbox"/> 無料 (無料に☑をつけた場合、右の確認書類に必ず☑を入れる) ※手帳・診断書の写は確認書類にはなりません。	<input type="checkbox"/> 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書(保険料段階第1～3段階のいずれか) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書・変更決定通知書・医療券・介護券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証または資格確認書(有効期限内で区分Iか区分II) <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診受診券(自己負担額0円のもの) <input type="checkbox"/> 課税証明書(市民税・道民税・森林環境税いずれも0円のもの) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)	

質問事項	回答欄	医師記入欄
過去に1度でも肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがありますか。 ※肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがある方は定期接種の対象となります。	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	
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	
今回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

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

※有効期限が切れていないか要確認 ※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書(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。

令和 年 月 日 被接種者署名(必須)

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。

## 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。