

令和4年度 一般会計歳出 第7款6項1目 12節(1) 検診その他委託料			
受付 番号	種 目 番 号 —	連絡先	委託担当 健康福祉局 健康安全部 健康安全課 担当者 金子 電 話 6 7 1 - 4 1 9 0
<div>設 計 書</div> <div>1 委 託 名 予防接種履歴副本登録用セットアップデータ作成及び付帯業務委託一式</div> <div>2 履 行 場 所 別添仕様書のとおり</div> <div>3 履行期間 <input checked="" type="checkbox"/>期間 令和4年4月1日から令和5年3月31日まで 又は期限</div> <div>4 契約区分 <input type="checkbox"/>確定契約 <input checked="" type="checkbox"/>概算契約</div> <div>5 その他特約事項</div> <div>6 現場説明 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( 月 日 時 分、 場所 )</div> <div>7 委託概要 横浜市民が医療機関で接種した予防接種予診票からの情報の抽出、 国のサーバへアップロードするセットアップデータの作成、予診票 画像データの作成及びその他付帯業務</div>			

8 部分払

☒する ( 12 回以内)

☐しない

部分払の基準

業 務 内 容	履行予定月	数 量	単 位	単 価	金 額
セットアップデータ作成 費用及び予診票画像 データ作成費用	4～3 月	(800,000)	件		
予診票運搬費用	4～3 月	(12)	月		
予診票運搬費用 (令和3年度成人用肺炎 球菌ワクチン分)	6 月以降	(1)	回		
設備・施設費等諸費用	4～3 月	12	月		

＊ 単価及び金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額

＊ 概算数量の場合は、数量及び金額を ( ) で囲む。

委託代金額      ¥ \_\_\_\_\_

内訳    業 務 価 格      ¥ \_\_\_\_\_

消費税及び地方消費税相当額      ¥ \_\_\_\_\_

内 訳 書

名 称	形状寸法等	数量	単位	単価 (円)	金額 (円)	摘要
セットアップデータ作成 費用及び予診票画像 データ作成費用		(800,000)	件			
予診票運搬費用		(12)	月			
予診票運搬費用 (令和3年度成人用肺炎 球菌ワクチン分)		(1)	回			
設備・施設費等諸費用		12	月			
計						
消費税相当額						
合 計						

## 仕 様 書

### 1 件名

予防接種履歴副本登録用セットアップデータ作成及び付帯業務委託

### 2 委託期間

令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

### 3 委託概要

横浜市民が医療機関で接種した予防接種予診票を、取りまとめである横浜市定期予防接種事業受託機関1か所（別途指示）から毎月回収し、当該予診票から情報を抽出し、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（以下、「番号法」という。）に基づく国のサーバへアップロードするセットアップデータの作成、予診票画像データの作成及びその他付帯業務までを完了すること。セットアップデータについては、毎月の納期までに委託者の検査確認及び承認を得ること。

#### ■予診票の標準的な作業スケジュール■

毎月1日頃	⇔	25日頃	⇔	月末
予診票搬入	前処理、件数 突合及び データ作成	完成データ及び 画像データ納品		予診票返却
予防接種 受託機関	受託者施設	健康安全課		YCC (大黒ふ頭倉庫)

※令和3年度実施分の成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票については、別途全てまとめて受渡し、令和4年9月30日までにデータを納品すること。

- (1) 予診票入り段ボール引取（1か月あたり約6万5千件）【引取期限：毎月第1週】  
横浜市定期予防接種事業受託機関（別途指示）から予診票を引き取る。  
数量：毎月15箱程度 段ボールサイズ：(33×46×29 cm)約15kg／1箱  
引渡す予診票は、原則、ダンボール内に次のとおり、まとまっている。

実施月ごと → ワクチン種別ごと → 実施区ごと → 医療機関ごと

※令和3年度実施分の成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票については、別途全てまとめてYCC（大黒ふ頭倉庫）にて受け渡す。

- (2) 入力前処理（不備があった場合、委託者へ問合せ）

#### ア セットアップデータの作成

予診票またはイで作成する画像データを用いて〔資料2〕セットアップデータ入力項目一覧のとおり入力すること。

なお、必ず、2者以上で入力を行い、それぞれ入力したデータを突合し、整合性を図り、入力ミスを防止すること。

また、作成時には横浜市定期予防接種事業受託機関（別途指示）と件数の突合を行うこと。

#### イ 画像データの作成

横浜市定期予防接種事業受託機関（別途指示）より引き取った予診票を画像

データにすること。なお、画像データのファイル名は〔資料 2〕セットアップデータ入力項目一覧の 12 に定める「エラーチェック用通し番号」と同じ番号を含めること。

- (3) セットアップデータ及び画像データの納品【期限：原則として毎月 25 日まで】  
納品完了後、委託者においてデータチェックを行い、データエラーがあった場合は、受託者においてエラー修正を行うこと。

また、多数の入力ミス等があった場合には受託者が再度全件を確認し、修正したデータを再納品することとする。

- (4) 入力済予診票段ボールの搬送 【期限：原則として毎月末】

データ納品後、日時・場所等について、委託者の指示に基づき、速やかに大黒ふ頭 YCC 倉庫へ搬送すること。

#### 4 「3 委託概要」の詳細について

- (1) 入力前処理（不備があった場合、委託者へ問合せ）について

ア 同名称の病院が複数ある為、住所、医師名で判断し不明な場合はブランクで入力すること。

イ 医師が接種時に記入するので不明文字が見受けられるが、不明な文字があった場合はブランクで入力すること。

ウ 開院閉院移転等の医療機関がある為、コード表と対応しない場合はブランクで入力すること。

エ 予診票の中に対象年齢外が混在しているため、年齢等で判断して予防接種種別などを誤らないように注意すること。

オ 本委託以外の予診票が混在している場合は委託者へ問合わせること。

- (2) セットアップデータ納品について【資料 1～3】※CSV ファイルを使用

ア バーコード情報のあるものは、必ずバーコードデータを読み取ること。

イ バーコード情報の無いものは、セットアップデータレイアウトに定める必要情報を満たす全ての内容を作成すること。

ウ 例外的取扱い（任意接種・長期にわたる疾患・新型コロナウイルスの影響）が存在する場合は、別添資料 2 の No.11 を参照すること。

エ 子宮頸がん予防ワクチン予診票については、接種回数に加え、2 価・4 価の表記を必ず読み取り、コード表に従い正確に入力すること。

※ 2 価 4 価が読み取れない場合は委託者へ問合わせること。【資料 1-5、資料 3】

オ ロタウイルスワクチン予診票については、接種回数に加え、1 価・5 価の表記を必ず読み取り、コード表に従い正確に入力すること。

※ 1 価 5 価が読み取れない場合は委託者へ問合わせること。【資料 1-6、資料 3】

カ 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票については、令和 3 年度実施分は、令和 4 年 6 月以降に全てまとめて受渡し（委託者倉庫（※別途指示）から段ボール箱で約 10 箱程度搬送）、令和 4 年 9 月 30 日までにデータを納品すること。

令和 4 年度分については、令和 4 年 6 月以降受渡しを開始し、スケジュールはその他の予診票の作業と同様とする。

キ 下記の表の市町村名が記載されている場合は全て委託者へ問合わせること。

原発避難者特例法（平成23年8月12日法律第98号）に基づく指定市町村（すべて福島県）						
いわき市	田村市	南相馬市	川俣町	広野町	楢葉町	富岡町
大熊町	双葉町	浪江町	川内村	葛尾村	飯館村	

## 5 履行場所

本業務で取り扱う予診票には、個人の健康状況などの重要な個人情報が含まれており、運搬等について慎重に扱うことが必要であることから、業務運用場所所在地は、横浜市内あるいは市外の場合は公共交通手段を用いて委託者から1時間以内の受託者施設内とする。

## 6 貸与品

医療機関コード（約 1,100 機関）を CSV ファイル形式で提供する。

## 7 納品及び納期限

### (1) セットアップデータ

CSV データにより納品（提出媒体については、別途調整）

※ 接種した予防接種の種類毎（例：ヒブ・小児用肺炎球菌等）に CSV ファイルを分割すること。

原則として毎月 25 日まで

### (2) 予診票画像データ

上記(1)と同様に接種した予防接種の種類毎に画像ファイルを分けること。

原則として毎月 25 日まで

### (3) 予診票

データ入力完了後、委託者の指示に従い返却

### (4) 医療機関コード

受託期間終了後、委託者の指示に従い返却

## 8 バックアップデータの保管について

バックアップデータについては、成果物納品後、委託者から指示があるまでの間、確実に保管し、瑕疵があった際の補正指示等に速やかに応えられるよう備える。なお、委託者よりバックアップデータの消去の指示があった際は、速やかに消去する。

## 9 個人情報の取扱い

本業務を受託するに当たり、別紙の「電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項」及び「横浜市委託契約約款」及び「個人情報取扱特記事項について」を遵守すること。また、本業務で取り扱う予診票には、個人の健康状況などの重要な個人情報が含まれており、その取扱いは特に厳正な管理のもとに行うとともに、本

業務遂行にあたって個人情報の漏えい、紛失などが発生しないよう全従業員に周知徹底を図ること。


## 10 委託について

- (1) 横浜市委託契約約款第6条第1項の基づき、業務の全部または主たる部分を第三者へ再委託することを禁ずる。
- (2) 本事業は機密性の高い情報を扱うことから、作業施設は独立した部屋でセキュリティが確保されていること。また、作業施設への侵入防止対策が確立しており、常時入退室管理が厳格であること。
- (3) 委託者は、作業現場への立ち入り検査を1回以上行う。
- (4) この仕様書に定めのない項目については、必要に応じて協議し定める。

## 11 資格要件

- (1) 統括責任者及び作業場責任者  
個人情報保護士の資格を有し、業務管理経験を5年以上有すること。
- (2) スーパーバイザー  
データエントリーの経験を5年以上または業務管理経験を2年以上有すること。
- (3) ベリファイ担当者  
データエントリーの経験を2年以上有すること。
- (4) エントリー担当者  
データエントリーに必要な知識を有すること。

# 予診票みほん

医療機関提出用 (1枚目)		横浜市	
<b>四種混合予防接種予診票</b> ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ ② <b>1 回目</b> (接種対象年齢：生後3か月～23か月 [2歳未満] 未満)		四種混合 1期初回1回目 G 横浜 太郎 ① 000084214497 	
住所	〒 (〒) ③カナ氏名	性別	生年月日 ⑤
受ける人の氏名	④漢字氏名	男・女	平成 年 月 日 生
医療者の氏名		当日の体温	度 分
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医療者から知られている説明書(「予防接種のしおり」など)を読みましたか		はい	いいえ
あなたのお子さんの養育歴についておたずねします 分娩時に異常がありましたか		あった	なかった
出生体重( )g 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か月以内に発熱にかかりましたか		はい	いいえ
病名、発熱日( )			
1か月以内に麻疹や猩紅熱に罹患し、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、接種日( )			
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
その病気を患ってらっしゃ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 ( ) 横痂		はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか		はい	いいえ
高熱・食中毒・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		はい	いいえ
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	診療所の休診 度 分	ワクチン有効期限確認	【医療者署名又は記名押印】
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後経過観察受診制度について、説明しました。			
保護者記入欄	【保護者自筆】		
医師の説明・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、予防接種後経過観察受診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 )。 ※どちらかき○で囲むこの予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。			
使用ワクチン名	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日	
⑨ロット	(皮下接種)	⑩接種年月日	
Lot No.	ml	実施医療機関 医師 名	平成 年 月 日
(注) ガンマグロブリンは、血漿製剤の一種で、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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。			

■番号は資料2「セットアップデータ入力項目一覧」のNo.を示しています。

- ① バーコード情報  
(21ケタ※成人用肺炎球菌は12ケタ)

バーコード情報内に①から⑤までの全情報が含まれる

- ② 予防接種種別コード(資料3を参照)  
③ カナ氏名  
④ 漢字氏名  
⑤ 生年月日  
⑥ 性別

- ⑦ 医療機関コード(別添貸与資料を参照して入力)

- ⑧ 接種年月日

- ⑨ ワクチンロット番号

※⑩ 例外的取扱い判子(任意接種)

※⑪ 例外的取扱い判子(長期疾患)  
一部の予診票には左の判子が押印されています。  
新型コロナウイルスによる影響の判子も併せて押印されている場合もあります。

※⑩⑪判子みほん

**例外的取扱い**  
(任意接種)  
横浜市の福祉保健センターが発行する予防接種実施依頼書に基づき接種してください

**例外的取扱い**  
(長期にわたる疾患)  
横浜市の福祉保健センターが発行する予防接種実施依頼書に基づき接種してください

新型コロナウイルスの影響



# バーコードなし旧式予診票みほん

<b>三種混合(DPT)予防接種予診票</b> ② (ジフテリア・百日せき・破傷風) <small>(接種対象年齢：生後3か月～90か月〔7歳6か月〕未満)</small>		接種券 I 期初回-1 横浜市
② (衛生局提出用) 市外医療機関では使えません。		診察前の体温 度 分
住 所	区 番	
受ける人の氏名	※③カナ氏名	男 生年 年 月 日生 ⑥
保護者の氏名	④漢字氏名	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市町村から配られている説明書(「予防接種のしおり」など)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 乳児健診で異常があると言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、治ゆ日 ( )	はい いいえ	
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 予防接種の種類、接種日 ( )	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	
そのときに熱が出ましたか	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	
医師の記入欄 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)医師署名または記名押印		
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	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 ⑨ロット Lot. No.	(皮下接種) ml	実施医療機関 医師名 接種年月日 平成 年 月 日 ⑧接種年月日
<small>(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。</small>		

■番号は資料2「セットアップデータ入力項目一覧」のNo.を示しています。

① バーコード情報 (24ケタ) → ブランク

⑧ 接種年月日

※⑩⑪判子みほん

バーコードが無いため②～⑥まで必須入力

⑨ ワクチンロット番号

② 予防接種種別コード(資料3を参照)

③ カナ氏名※(ない場合はブランク)

④ 漢字氏名

⑤ 生年月日

⑥ 性別

⑦ 医療機関コード(別添貸与資料を参照して入力)

※⑩ 例外的取扱い判子(任意接種)

※⑪ 例外的取扱い判子(長期疾患)  
一部の予診票には左の判子が押印されています。

新型コロナウイルスによる影響の判子も併せて押印されている場合もあります。

例外的取扱い  
(任意接種)

横浜市の福祉保健センターが発行する予防接種実施依頼書に基づき接種してください

例外的取扱い  
(長期にわたる疾患)

横浜市の福祉保健センターが発行する予防接種実施依頼書に基づき接種してください

新型コロナウイルスの影響

## (例外的取扱い)判子ありの予診票見本

健康福祉局提出用 G (1枚目)		横浜市	
<b>四種混合予防接種予診票</b> ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ			
<b>1 回目</b> (接種対象年齢：生後3か月～90か月〔7歳6か月〕未満)			
市内の協力医療機関以外では使用できません。 太枠内をともに記入してください。 接種当日は母子健康手帳をお持ちください。			
<b>例外的取扱い</b> (任意接種) 横浜市の福祉保健センターが発行する予防接種実施依頼書に基づき接種してください。 バーコードシールを貼ってください。			
住所	横浜市 中区本町 6-50-10		電話
受ける人の氏名	姓 名	性別	生年月日
横井 花子	横井 花子	女	平成 〇 年 〇 月 〇 日生 (満 〇 歳 〇 か月)
保護者の氏名	横井 太郎		当日の体温 36 度 5 分
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親戚等から聞かれている説明書(「予防接種のしおり」など)をいただきましたか		はい	いいえ
あなたのお子さんの発育についておたずねします 分娩時に異常がありましたか		あった	なかった
出生体重( )g 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、発症日			
1か月以内に家族や遊び仲間と熱しん、咳しん、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、接種日			
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		はい	いいえ
病名			
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか		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 ( ) 原因		はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか		はい	いいえ
薬や食品で皮膚に湿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	診察所見欄 診察的体温 36 度 5 分 ワクチン有効期限確認 <input checked="" type="checkbox"/>		【医師署名又は記名押印】 〇〇 × ×
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。 どちらかを○で囲む この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が横浜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	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日	
ワクチン名 SPT-IPV A0320 Lot No. 2017.5.25	(皮下接種) 0.5 ml	実施医療機関 X × 7 11 = 47 医師名 〇〇 × × 接種年月日 平成 28 年 6 月 2 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、熱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。



# (例外的取扱い及び新型コロナウイルスの影響) 判子ありの予防票見本

健康福祉局提出用		K (1枚目)		横浜市	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>M R 予 防 接 種 予 診 票</b></p> <p>麻 し ん ( は し か ) 風 し ん 混 合</p> <p>1 期</p> <p>(接種対象年齢: 生後 12 か月～24 か月未満)</p> <p>市内の協力医療機関以外では使用できません。 太枠内をもれなく記入してください。 接種当日は母子健康手帳をお持ちください。</p> </div> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">新型コロナウイルスの影響</p> <p style="text-align: center;"><b>例 外 的 取 扱 い</b></p> <p style="text-align: center;">( 長 期 に わ た る 疾 患 )</p> <p style="text-align: center;">横浜市の福祉保健センターが 発行する予防接種実施依頼書に 基づき接種してください</p> </div> </div>					
住 所		横浜市		電話	
受ける人の氏名		(フリガナ)		性別 生 年 月 日 年 月 日生 (満 歳 か月)	
保護者の氏名				当日の体温 度 分	
質 問 事 項				回 答 欄	
今日受ける予防接種について横浜市から配られている説明書(「予防接種のご案内」など)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 分娩時に異常がありましたか				あった なかった	
出生体重 ( ) g 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、治ゆ日 ( )				はい いいえ	
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 予防接種の種類、接種日 ( )				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		診察所見欄 診察前の体温 度 分 ワクチン有効期限確認 <input type="checkbox"/>		[医師署名又は記名押印]	
		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。			
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)。 ※どちらかを○で囲む この予防票は、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、本予防票が横浜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		接 種 量		実施医療機関・医師名・接種年月日	
ワクチン名		(皮下接種)		実施医療機関 医 師 名	
Lot No.		ml		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。

## 実施依頼書(例外的取扱い)見本

様式3-1

様

横浜市長

印

## 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 (長期にわたる疾患)

次の者については、長期にわたり療養を必要とする疾患により、定期予防接種の対象期間内に接種する機会を逸したものです。このたび、予防接種を受けることが可能となり、貴医療機関で予防接種を受けたいと希望する旨を申しあげます。

なお、今回の接種

1 予 防 接 種

2 被接種者氏

3 生 年 月

4 保 護 者 氏

5 住

6 有 効 期

※1 本書は

※2 当該予  
防接種法

(接種費用に

☐ 横浜市  
全額無料

☐ 横浜市  
だけの場  
お願いい

様式4

様

〇〇〇第 号  
平成 年 月 日

横浜市長

印

## 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 (任意接種)

次の者は、事情により定期予防接種の対象期間を過ぎていますが、本市が行う予防接種として貴医療機関で予防接種を実施いただきたく、お願い申し上げます。

なお、今回の接種は任意接種の扱いとなりますが、本市で接種費用を負担し、健康被害が発生した場合も本市が救済の措置を講じるものです。

1 予 防 接 種 名	
2 被接種者氏名	
3 生 年 月 日	年 月 日
4 保 護 者 氏 名	
5 住 所	横浜市 区
6 有 効 期 間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日

※1 本書は予防接種1回につき1枚発行します。

※2 当該予防接種により、健康被害が発生した場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の規程に基づく救済措置が講じられるほか、「横浜市予防接種事故災害補償要綱」に基づき本市が救済のための措置を講じます。

※3 接種費用については、横浜市発行の予診票による全額無料接種とし、横浜市医師会へご請求願います。

発行：横浜市  
住所：横浜市

福祉保健センター 福祉保健課健康づくり係  
区

電話：045-  
FAX：045-

-  
-



# 予診票見本

【資料1-5】

健康福祉局提出用 (1枚目)

横浜市

## ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票②

子宮頸がん予防 (2価・4価)

(1回目・2回目・3回目)

※該当するワクチン種別、接種回数に○をつけてください

ヒトパピローマウイルス感染症2回目 2

様

(接種対象年齢：小学校6年生～高校1年生相当の女子)

市内の協力医療機関以外では使用できません。

太枠内をもれなく記入してください。

接種当日は母子健康手帳をお持ちください。



住 所	横浜市 中区港町1-1	電話	045-671-4190
受ける人の氏名	(フリガナ) ヨシハナ ハナ子 横浜 花子	③カナ氏名	性別 女
保護者の氏名	横浜 太郎	④漢字氏名	⑤生年月日 〇〇年〇月〇日生 (満〇歳〇か月)
⑥性別		当日 〇時〇分	

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横浜市から配られている説明書(「予防接種のしおり」など)を読みましたか	はい	いいえ
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生児、乳幼児健診などで異常がある といわれたことがありましたか	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、治ゆ日( )	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 予防接種の種類、接種日( )	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
そのときに熱が出ましたか	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
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 (注意) 接種後2か月間は妊娠をさせることが必要です	ある	ない
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	診察所見欄 診察前の体温 36度5分 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] 〇〇 ××
-----------	--	-----------------------

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)。 ※どちらかを○で囲む この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 ②の予防接種の種類 本予診票が横浜市に提出されることに同意します。	[保護者自署] (既婚者の場合は本人) △△ □□
------------	---	------------------------------

使用ワクチン名 とあっているか確認 ガーダシル S003088 HPV Exp 2021.10.16	接種量 0.5 ml	実施医療機関 ××クリニック	⑦医療機関	⑧接種年月日 令和2年10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、  
接種後1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。

⑨口封じ番号

**①バーコード情報（21 桁）**

バーコード情報が確認できない場合（シールが貼られていない）は次の②～⑥の情報を入力する。

バーコード情報が読み取れる場合は③～⑥はblankとする。

**②予防接種コード（資料 3 を参照して入力）**

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票については、接種回数に加え、子宮頸がん予防（2 価）・子宮頸がん予防（4 価）の表記を必ず読み取り、コード表に従い正確に入力すること。

また、②の記載と⑨のシールの種類の名称が合致しているか確認すること。

②および⑨が「2 価（サーバリックス）」の場合⇒ 「48」、「49」、「50」のいずれかを入力

②および⑨が「4 価（ガーダシル）」の場合⇒ 「51」、「52」、「53」のいずれかを入力。

※子宮頸がん予防（2 価）・子宮頸がん予防（4 価）が読み取れない場合や名称が合致していない場合などは委託者へ問合せること。

**③カナ氏名****④漢字氏名****⑤生年月日****⑥性別****⑦医療機関コード（別に貸与資料を参照して入力）**

医療機関名称と別に貸与する資料と照合し、入力する。

**⑧接種年月日****⑨ロット番号**



【資料 1-6】

横 浜 市

## ロタウイルス1回目

W

横矢 太刀 様

0093476075

会期2年8月1日

市内の強力医療機関以外では使用できません。太極内をまれなく記入してください。  
接種当日は母子健康手帳をお持ちください。

住所	横浜市 中区 森町 1-1	電話	045-671-419
受ける人の氏名	③ カナ氏名 ヨシマツ タロウ	性別	2020 年 8 月 1 日生 ⑤ 生年月日
保護者の氏名	④ 漢字氏名 横井 太郎	⑥ 性別	男・女 当日の体温 36 度 5 分

質問事項		回答欄	医師記入欄		
1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていますか。		はい	はい いえ	✓	
2回目・3回目の場合、前回接種したワクチンと同じですか。		はい	はい いえ		
前回の接種から27日以上以上の間隔が空いていますか。		はい	はい いえ		
今日受ける予防接種について横浜市から配られている説明書（「予防接種のしおり」など）を読みましたか		はい	はい 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	はい いえ	✓	
接種後について説明を受け、理解しましたか。		はい	はい いえ	✓	
あなたのお子さんの発育歴について		分娩時に異常はありませんでしたか	あった	なかった	
おたずねします 出生体重（2760）g		出生後に異常はありませんでしたか	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（		はい	はい いえ	✓	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（		はい	はい いえ	✓	
1か月以内に家族や遊び仲間から麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか		はい	はい いえ	✓	
病名（		はい	はい 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、接種日（		はい	はい いえ	✓	
これまでに接種後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		はい	はい いえ	✓	
あります。 ※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	はい 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、		はい	はい いえ	✓	
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は実施できないことがあります。		はい	はい いえ	✓	
その他これまでに先天性異常、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、		はい	はい いえ	✓	
医師の診察を受けていますか。 病名（		はい	はい いえ	✓	
その病気を診てもう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	はい 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	はい いえ	✓	
そのときは出ましたか		はい	はい 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	はい いえ	✓	
薬・食品名（		はい	はい 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	はい いえ	✓	
母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名（		はい	はい 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	はい 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	はい いえ	✓	
これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか		はい	はい いえ	✓	
今日の予防接種について質問がありますか		はい	はい いえ	✓	

医師 記入欄	診察所見欄	診察前の体温 <u>36度7分</u>	ワクチン有効期限確認 <input checked="" type="checkbox"/>	[医師署名又は記名押印]
	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。なお、保護者に対して、予防接種の効果、副反応（特に腫痛鎮痛）の可能性及び予防接種後観察が必要な期間について、説明しました。			〇〇××

<p>保護者 ②の予防接種の種類</p>	<p>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、予防接種機会被取消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。同意しない場合は「せん」）。 本どちらかを○で囲む 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、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。</p>	<p>【保護者自署】 横浜 花子</p>
--------------------------	--	--------------------------

とあっているか確認		接種量		接種年月日	
ワクチン名 ロタリックス <sup>®</sup> 内服液 AROLB087AA Lot No.		経口接種	経口接種 0.5mL	実施医療機関 医師名 接種年月日	××クリニック ⑦医療機関 〇〇××
					2年10月1日

⑨ロット番号

## 入力詳細

### 【資料1-6 補足資料】

#### ①バーコード情報（21桁）

バーコード情報が確認できない場合（シールが貼られていない）は次の②～⑥の情報を入力する。

バーコード情報が読み取れる場合は③～⑥はblankとする。

#### ②予防接種コード（資料3を参照して入力）

ロタウイルスワクチン予診票については、接種回数に加え、ロタリックス（1価）・ロタテック（5価）の表記を必ず読み取り、コード表に従い正確に入力すること。

また、②の記載と⑨のシールの種類の名称が合致しているか確認すること。

②および⑨が「1価（ロタリックス）」の場合⇒ 「61」 or 「62」を入力

②および⑨が「5価（ロタテック）」の場合⇒ 「63」 or 「64」 or 「65」を入力。

※ロタリックス（1価）・ロタテック（5価）が読み取れない場合や名称が合致していない場合などは委託者へ問合せること。

#### ③カナ氏名

#### ④漢字氏名

#### ⑤生年月日

#### ⑥性別

#### ⑦医療機関コード（別に貸与資料を参照して入力）

医療機関名称と別に貸与する資料と照合し、入力する。

#### ⑧接種年月日

#### ⑨ロット番号



## 【資料2】

### セットアップデータ入力項目一覧

No.	項目	必須区分	最小値	最大値	blank許可	属性	最大桁数	エラーリスト出力	説明、およびコード定義	備考
①	バーコード	任意	—	—	○	数値	21	○	(バーコードが存在する場合):バーコードリーダーを使用して21ケタ(成人用肺炎球菌は12ケタ)の数値を読み込む。その場合、下記2から6はblankとする。 ただし、子宮頸がんワクチンおよびロタウイルスワクチンの場合は2を必須入力とする。 (バーコードが存在しない場合):blankとし、下記2から6の入力必須	2から6の全個人情報情報がバーコード内に含まれる ※ただし、2については、子宮頸がんワクチンおよびロタウイルスワクチンを除く。
②	予防接種種別コード	任意	—	—	—	数値	2	○	(バーコードが存在する場合) : blank(子宮頸がんワクチンおよびロタウイルスを除く) (バーコードが存在しない場合) : 資料3を参考に入力する。	例) ロタワクチン(ロタテック)1回目 ⇒「63」 四種混合Ⅰ期 初回① ⇒「36」
③	カナ氏名	任意	—	—	—	文字列	50	○	(バーコードが存在する場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが存在しない場合) : 姓と名の間に全角blank1文字追加 (バーコードもカナ氏名も存在しない場合) : blank	例) ココハマ タロウ
④	漢字氏名	任意	—	—	—	文字列	50	○	(バーコードが存在する場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが存在しない場合) : 姓と名の間に全角blank1文字追加 (バーコードも漢字氏名も存在しない場合) : 委託者へ問い合わせる	例) 横浜 太郎
⑤	生年月日	任意	—	—	—	数値	7	○	(バーコードが存在する場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが存在しない場合) : 和暦数値7桁でパンチ (バーコードも生年月日も存在しない場合) : 委託者へ問い合わせる 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
⑥	性別	任意	—	—	—	数値	1	○	(バーコードが存在する場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが存在しない場合) : 1:男 2:女 (バーコードも性別も存在しない場合) : 委託者へ問い合わせる	例) 男⇒1
⑦	医療機関コード	必須	—	—	×	数値	9	○	貸与資料である医療機関コードマスタを参考にパンチする。	例) 1234
⑧	接種年月日	必須	—	—	×	数値	7	○	和暦数値7桁 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
⑨	ロット番号	必須	—	—	×	半角英数	10	○	アルファベットと数字(ワクチンによりアルファベットの文字数、数字の桁数は異なる。)	例) 10C02Z
⑩	例外的取扱① (任意接種)	任意	—	—	—	半角英数	1	×	(※予診票に「任意接種」ハンコOR実施依頼書が添付) : 1 (※予診票に上記2点が存在しない場合) : blank	例) 1
⑪	例外的取扱② (長期にわたる疾患)	任意	—	—	—	半角英数	1	×	(※予診票に「長期にわたる疾病」ハンコOR実施依頼書が添付) : 1 (※予診票に「長期にわたる疾患」及び「新型コロナウイルスの影響」): 2 (※予診票に上記が存在しない場合) : blank	例) 1
⑫	エラーチェック用通し番号	必須	—	—	×	半角英数	6	○	この番号でエラーチェックの指示を出すため、予診票原票との確認が速やかに行えるようにしておくこと。	例) 1～999999 ※委託件数は(約80万件)
⑬	管理用入力欄	必須	—	—	○	数値	6	—	この欄はすべてblankとする。	

コードNo.	種別
1	三種混合Ⅰ期 初回①(過年度含む)
2	三種混合Ⅰ期 初回②(過年度含む)
3	三種混合Ⅰ期 初回③(過年度含む)
4	三種混合Ⅰ期 初回追加(過年度含む)
5	二種混合Ⅱ期(過年度含む)
6	過年度分(17年度 麻しん)
7	過年度分(17年度 風しん)
8	日本脳炎Ⅰ期 初回①(過年度含む)
9	日本脳炎Ⅰ期 初回②(過年度含む)
10	日本脳炎Ⅰ期 初回追加(過年度含む)
11	日本脳炎Ⅱ期(過年度含む)
12	過年度分(17年度 日本脳炎Ⅲ期)
13	BCG 個別接種(過年度含む)
14	麻しん風しん混合Ⅰ期(過年度含む)
15	麻しん風しん混合Ⅱ期(過年度含む)
16	麻しんⅠ期(過年度含む)
17	麻しんⅡ期(過年度含む)
18	風しんⅠ期(過年度含む)
19	風しんⅡ期(過年度含む)
20	二種混合Ⅰ期 初回①(過年度含む)
21	二種混合Ⅰ期 初回②(過年度含む)
22	二種混合Ⅰ期 初回追加(過年度含む)
23	過年度分(18年度 麻しん風しん混合【経過措置】)
24	過年度分(18年度 麻しん【経過措置】)
25	過年度分(18年度 風しん【経過措置】)
26	ポリオ【福祉保健センター実施分】
27	BCG 集団接種【福祉保健センター実施分】
28	麻しん風しん混合【任意接種】
29	麻しん風しん混合Ⅲ期・Ⅳ期
30	麻しんⅢ期・Ⅳ期
31	風しんⅢ期・Ⅳ期
32	不活化ポリオ 初回①
33	不活化ポリオ 初回②
34	不活化ポリオ 初回③
35	不活化ポリオ 初回追加
36	四種混合Ⅰ期 初回①
37	四種混合Ⅰ期 初回②
38	四種混合Ⅰ期 初回③
39	四種混合Ⅰ期 追加
40	ヒブ(Hib) 初回①
41	ヒブ(Hib) 初回②
42	ヒブ(Hib) 初回③
43	ヒブ(Hib) 追加
44	小児用肺炎球菌 初回①
45	小児用肺炎球菌 初回②
46	小児用肺炎球菌 初回③
47	小児用肺炎球菌 追加
48	子宮頸がん予防(2価) 1回目 (サーバリックス)
49	子宮頸がん予防(2価) 2回目
50	子宮頸がん予防(2価) 3回目
51	子宮頸がん予防(4価) 1回目
52	子宮頸がん予防(4価) 2回目
53	子宮頸がん予防(4価) 3回目
54	水疱 初回
55	水疱 追加
56	B型肝炎 初回①
57	B型肝炎 初回②
58	B型肝炎 初回③
59	高齢者肺炎球菌
60	風しん対策事業 5期
61	ロタウイルス(ロタリックス) 1回目
62	ロタウイルス(ロタリックス) 2回目
63	ロタウイルス(ロタテック) 1回目
64	ロタウイルス(ロタテック) 2回目
65	ロタウイルス(ロタテック) 3回目