




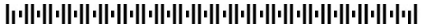


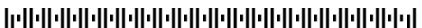







健康管理システム等標準化検討会
合同ワーキングチーム
令和3年12月9日 【別紙4】

(別紙4) 帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

	大項目	帳票タイトル	頁番号
健康管理	1. 健康管理共通	01. 宛名シール 02. 窓空き宛名	...
	2. 【成人保健】対象者管理	該当帳票無し	
	3. 【成人保健】検診情報管理	該当帳票無し	
	4. 【成人保健】精密検査情報管理	該当帳票無し	
	5. 【成人保健】訪問・相談・教育	該当帳票無し	
	6. 【母子保健】妊産婦管理	01. 妊娠の届出	...
	7. 【母子保健】乳幼児管理	該当帳票無し	
	8. 【母子保健】教育・相談・訪問・フォロー	該当帳票無し	
	9. 【母子保健】養育医療管理	01. 養育医療給付台帳 02. 養育医療券(病院・診療所用) 03. 養育医療券(薬局用)	...
	10. 【予防接種】対象者管理	02. 新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(1, 2回目)) 03. 新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(3回目)) 04. 新型コロナワクチンの予診票	...
	11. 【予防接種】接種情報管理	01. 予防接種済証(定期) 02. 予防接種済証(臨時) 03. 新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書	...
	12. 【統計・報告】	該当帳票無し	

<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">1</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">2</p>
<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">3</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">4</p>
<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">5</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">6</p>
<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">7</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">8</p>
<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">9</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">10</p>
<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">11</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">12</p>
<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">13</p>	<p>999-9999 ●●県●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">14</p>

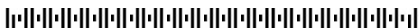
999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■太郎様

(▲▲花子様分)



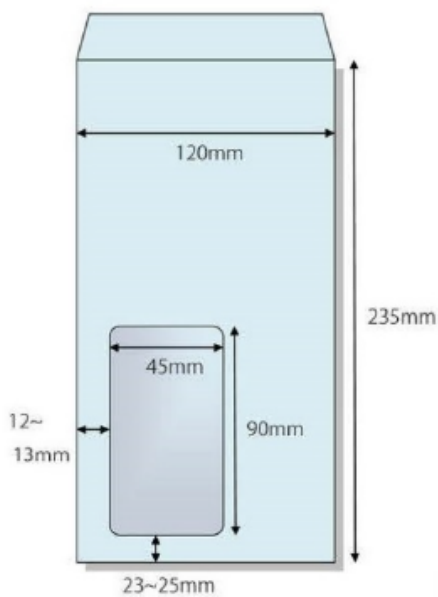
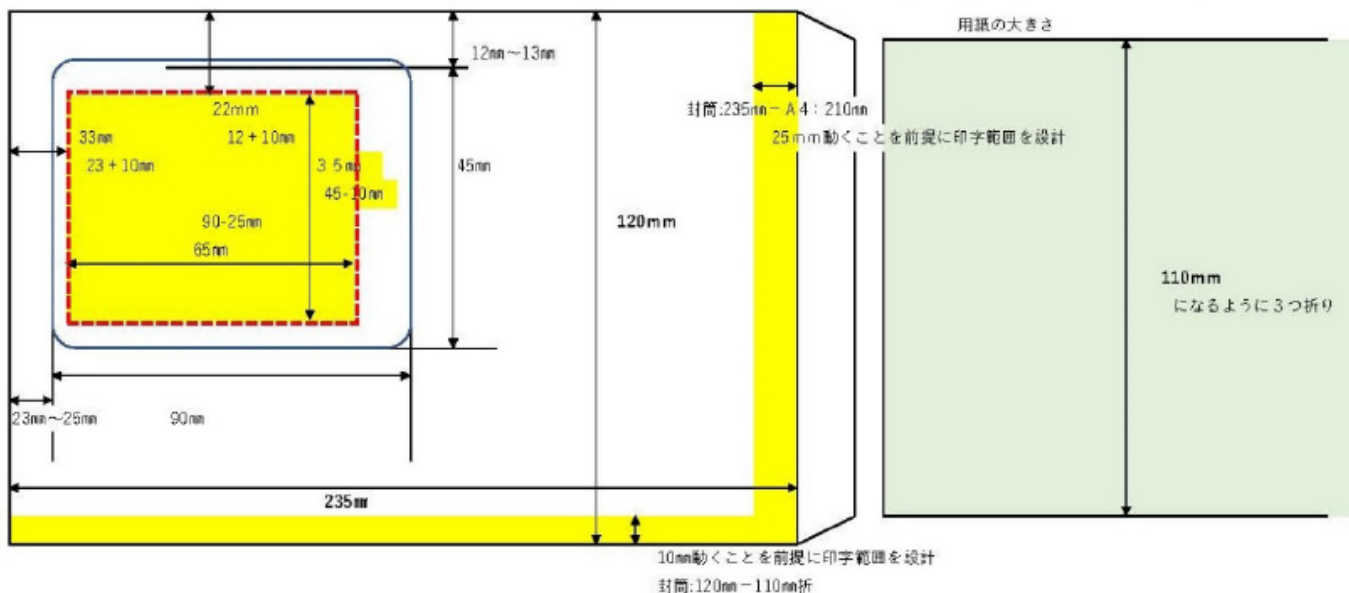
1

(参考)宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

封筒レイアウト

■内容物のズレを意識して設計 パーコードは窓枠から最低2mmは必要

長型3号(120×235)定型
A4横三つ折り



- 【窓あき封筒】**
- ・封筒として長6封筒を推奨、長3封筒も利用可能
 - ・窓あき封筒対応(45mm×90mm)用紙左から23~25mm、上から12~13mm
 - ・内容物のズレを意識して設計→パーコードは窓枠から最低2mmは必要

- 【三つ折り線】**
- 様式等に三つ折り線を記す場合は、以下を基準とする。
- ・左位置:10mm
 - ・長6封筒の場合、上位置:99mm、198mmを基準とする
 - ・長3封筒の場合、上位置:110mm、220mmを基準とする
- ※いずれの場合も三つ折り線の位置は基準を参考とすればよく厳密な位置の一致は求めない

妊娠届出書

No. _____

妊娠届出日 _____

フリガナ 妊婦氏名			生年月日 年 齢	(歳)	職業	
個人番号						
居住地	〒					電話番号
妊娠週数	第 週 (第 月)	出産予定年月日				
※性病に関する 健康診断 (血液検査)			※結核に関する 健康診断			
診断した 医師又は 助産師	医師又は助産師の診断又は保健指導の有無					
	施設名					
	〒 所在地					
氏名						
以上のとおり届け出ます。						
届出者氏名 _____				妊婦との続柄 (_____)		

- (注) (1) この届出書をもとに。保健師等が記入された電話番号に連絡することがあります。
 (2) ※印欄は、該当するものを○で囲んでください。
 (3) 施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。
 (4) 個人番号は母子保健法及び行政手続における個人の特定を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき使用し、それ以外の目的で利用することはありません。

区処理欄

宛名番号								確認書類		
								番号確認	個カ・通カ・住民票・不所持・紛失・他 (
								身元確認	1点	免・パ・官身・在カ・個カ・住カ写・身・不支持・他 (
									2点	保・年・介・銀・診・住カ無・他 (

養育医療給付台帳

コード番号		制度別 番号	都道府 県番号	実施機関 番号	※	受給者番号			※	保険者番号			医療機関番号		
受療者	氏名				申請者	氏名				受療者との 続柄	所得 階層 区分	1	A		
	生年月日					生年月日						2	B		
	出生児体重					住所						3	C	(円)
医療券 交付年 月日等	医療券交付 年月				保険加 入区分	保険区分				指定養育 医療機関	4	D	(円)	
	医療券 有効期間					保険者の 名称									
	診療 予定期間					被保険者 記号番号									
請求月	診療月	診療 実日数	決定点数①	医療保険等 負担額②	差引額 ①-②=③	移送費等④	その他⑤	支弁額 ③+④+⑤=⑥	備考						
計															

(注) コード番号欄の※は、検証番号

様式第一号（一）（第九条関係）

養育医療券（病院・診療所用）											
公費負担者番号										交付年月日	
公費負担医療の 受給者番号										年月日	
被保険者証等の 記号及び番号				保険者等の名称							
受療者	氏名										
	生年月日			年月日			男・女				
申請者	氏名										
	生年月日			年月日			受療者との 続柄				
	住所						職業				
指定養育医療機関 （病院・診療所）	名称										
	所在地										
診療予定期間	年月日から			令和			年月日まで				
この券の有効期間	年月日から			令和			年月日まで				
上記のとおり決定する。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 市町村長 氏 名 ㊟ </div>											

（日本産業規格A列5番）

様式第一号（二）（第九条関係）

養育医療券（薬局用）									
公費負担者番号								交付年月日	
公費負担医療の 受給者番号								年月日	
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の名称							
受療者		氏名							
		生年月日		年月日		男・女			
申請者		氏名							
		生年月日		年月日		受療者との 続柄			
		住所				職業			
指定養育 医療機関	薬局	名称 所在地							
	病院・ 診療所	名称 所在地							
調剤予定期間		令和 年 月 日から				令和 年 月 日まで			
この券の有効期間		令和 年 月 日から				令和 年 月 日まで			
上記のとおり決定する。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 市町村長 氏 名 ㊞ </div>									









（日本産業規格A列5番）

窓空宛名

あなたの接種券番号 (10 桁)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。





接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券種	2 (□ 予診のみ)	1	回目	券種	1 (■ 予診のみ)	1	回目	1回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
請求先	〇〇県〇〇市	123456		請求先	〇〇県〇〇市	123456		接種年月日	
券番号	1234567890			券番号	1234567890			年	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			月	
211234561234567890				111234561234567890				2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
券種	2 (□ 予診のみ)	2	回目	券種	1 (■ 予診のみ)	2	回目	接種年月日	
請求先	〇〇県〇〇市	123456		請求先	〇〇県〇〇市	123456		年	
券番号	1234567890			券番号	1234567890			月	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			日	
221234561234567890				121234561234567890				氏名	
<p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none">●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。								住所	
								生年月日	
								〇〇県〇〇市長	

窓空宛名

あなたの接種券番号 (10 桁)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19					
券種	2	(□ 予診のみ)	3	回目	券種	2	(■ 予診のみ)	3	回目	3回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)		
請求先	〇〇県〇〇市		123456		請求先	〇〇県〇〇市		123456		接種年月日		年 月 日	
券番号	1234567890				券番号	1234567890				接種場所			
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎							
										氏名			
										住所			
										生年月日			

接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。



新型コロナウイルスワクチン 1、2 回目接種記録

	1 回目	2 回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		

※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

新型コロナワクチン接種の予診票（1.2回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村		券 種	2 (口予診のみ)	1 回目
	フリガナ	電話 番 号	請求先	〇〇県〇〇市	123456
氏 名	()		番 号	1234567890	  21123456134567890
生年月日 (西暦)	□□□□年□□月□□日生 (満□□□□歳)	□男・□女	氏 名	厚生 ●●●●●● ●●太郎	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところはありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。また、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(□可能・□見合わせる) 本人に対して、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
-------	---	------------

医療機関 記入欄	○時間外(受付時間 :) ○休日 ○小児(6歳未満) ○予備① ○予備② ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。
-------------	--

新型コロナワクチン接種希望者

医師の診察・説明を受け、種類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、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解した上、本予診票が市町村、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

接種者又は
保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成人被接種者の場合は本人又は成人後援者自署)

医 師 記 入 欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	※料に合わせてまっすぐに貼 り付けてください (注)有効期限が切れていな いか確認	□.□ ml	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月31日 年 □□ 月 □□ 日

様式第一(第四条第二項第一号関係)

No. _____

_____ 予防接種済証(第 期)(定期)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチン種類	予防接種を行った年月日	メーカー/ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県

市区町村長氏名

印

No. _____

_____ 予防接種済証(第 期)(臨時)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチン種類	予防接種を行った年月日	メーカー/ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県

知事又は市区町村長氏名

印

様式第三(附則第十八条の二関係)

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書
Vaccination Certificate of COVID-19

姓(旧姓)(別姓)(別名)

[Surname (Former surname)(Alternative surname)Given name(Alternative given name)]

生年月日[Date of Birth] (YYYY-MM-DD)

国籍・地域[Nationality/Region]

旅券番号[Passport Number]

1 回目接種[First Dose]

2 回目接種[Second Dose]

ワクチンの種類[Vaccine Type]

ワクチンの種類[Vaccine Type]

メーカー[Manufacturer]

メーカー[Manufacturer]

製品名[Product Name]

製品名[Product Name]

製造番号[Lot Number]

製造番号[Lot Number]

接種年月日[Vaccination Date](YYYY-MM-DD)

接種年月日[Vaccination Date](YYYY-MM-DD)

接種国[Country of Vaccination]

接種国[Country of Vaccination]

証明書発行者[Certificate Issuance Authority]

日本国厚生労働大臣

[Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]

証明書 ID[Certificate Identifier]

証明書発行年月日[Issue Date](YYYY-MM-DD)