# 申請書記入例

※消えない黒ボールペンで ご記入ください。

様式第八の二

## 予防接種に関する申請書 APPLICATION FOR VACCINATION

収入印紙 Revenue Stamp

申請者住所

新潟県●●市

Address of applicant 申 請 者 氏 名

Name of applicant

検疫 花子(未成年の場合は保護者氏名)

接種日の年月日を記入↓ 20●●年 ●月 ●日

> 申 請 年 月 日 Date of application

Signature

手数料金\_\_ Amount of fee 17,680

円

新潟検疫所長 殿

To the Chief of Niigata Quarantine Station

予防接種の施行を下記の通り申請します。

予防接種の施行に関する証明書の交付を申請します。

I apply for the execution of vaccination as specified below.

I apply for the issuance of the certificate with regard to vaccination.

#### 被接種看 Persons to be vaccinated

氏	名	性別	生年月日	予防接種の種類	行 先 地	備考
. Name	9	Sex	Date of birth	Kind of vaccination	Destination	Remarks
(ふりがな)			0000年	黄熱		
i接種を受ける人の	)氏名 <sup>3</sup>	<b>₹</b>	О月О日	Yellow Fever	国名	
(ふりがな)				1 6461		
		<u>/</u>		N. 41 / 1841 L		
(ふりがな)	西暦で	記入		渡航先が決まっ 未定の場合は、		
		Т		不足の場合は、	不足で可。	
(ふりがな)						
(ふりがな)						

記載上の注意 1. 楷書で記入すること。

2. 不要の文字はまっ消すること。

Notes:

1. Fill in block letters.

2. Strike out the unnecessary indications.

## 予防接種に関する申請書 APPLICATION FOR VACCINATION

収入印紙 Revenue Stamp

申 請 者 住 所Address of applicant
申 請 者 氏 名 Name of applicant

申 請 年 月 日 Date of application

署 名\_\_\_\_\_\_Signature

### 新潟検疫所長 殿 To the Chief of Niigata Quarantine Station

手 数 料 金 17,680 円 Amount of fee

予防接種の施行を下記の通り申請します。

予防接種の施行に関する証明書の交付を申請します。

I apply for the execution of vaccination as specified below.

I apply for the issuance of the certificate with regard to vaccination.

### 被接種看 Persons to be vaccinated

				be vaccinated		
氏	名	性別		予防接種の種類	行 先 地	備考
	Name	Sex	Date of birth	Kind of vaccination	Destination	Remarks
(ふりがな)				黄熱		
				Yellow		
				Fever		
(ふりがな)						
				,		
(ふりがな)						
( > to 1/1+>						
(ふりがな)						
(ふりがな)						

記載上の注意 1. 楷書で記入すること。

2. 不要の文字はまっ消すること。

Notes:

1. Fill in block letters.

2. Strike out the unnecessary indications.

接種機関名:新潟検疫所

受付番号	接種時間

記入年月日

20 年 月 日

※太字枠内を記入してください。							
氏名							
氏名ローマ字(パスポートの表記と同一のもの)				緊急時	電話者	番号	
<u> </u>				保護者	氏名	※接種希望者が	小児の場合
住所							
生年月日	年	齢		性別	性別    国籍		国籍
年 月 日生	満	歳		男性 口羽	女性		
職業		渡航先					
		滞在期間					
渡航目的 観光・仕事・留学・その他(	)	黄熱ワク	チン接	接種回数	□礼		1( )回目
本日の体温 · °C		本日の体	:調				
現在、以下の病気にかかってる、または治療していま	 すか。いず	L ゛れもない場	合は記	 該当なしにチ			
□発熱性疾患 □腎臓病 □糖尿病	□心					□かぜ	
□喘息 □皮膚病 □神経の病気	□歯	科の病気		□血液の病気		□免疫不全症	Ē
□その他(	) □該	当なし					
上記のいずれかの病気または治療に該当する場合、今回のワクチン接種について、主治医から □はい □いいえ					□いいえ		
許可を得ていますか。 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						□いいえ	
現在、何か薬を使用していますか。(例えばステロイド、抗がん剤、生物学的製剤など)						□はい	□いいえ
薬剤名:							
これまでに入院するような病気にかかったことはありますか。						□はい	□いいえ
詳細:							
1ヵ月以内に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう	、インフル	エンザにた	いかり	ましたか。		□はい	□いいえ
1ヵ月以内にあなたの家族や同僚、小児の場合は遊び			水ぼ	うそう、		□はい	□いいえ
おたふくかぜ、インフルエンザ等にかかっている方は							
3ヵ月以内に輸血やガンマグロブリンの投与を受けたことがありますか。					□はい	□いいえ	
1ヵ月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた場合は、接種日も記入してください。					١	□はい □日本脳炎(	□いいえ / )
						ニンザ( / )	
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□							
□3種混合(PDT:百日咳・ジフテリア・破傷風)( / ) □4種混合(DTaP-IPV:ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)( / )							
□おたふくかぜ( / )□肺炎球菌( / □新型コロナワクチン( / ) □水痘( / ) □その他( )( / )					)( / )		
卵や鶏肉、ゼラチン、その他の食べ物、金属・花粉などでアレルギー反応が出たことがありますか。						□はい	□いいえ
消毒用アルコールで、皮膚が赤くなったことがありますか。						□はい	□いいえ
薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか。						□はい	□いいえ
家族に薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなった人はいますか。						□はい	□いいえ
(女性のみ)現在授乳中、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。						□はい	□いいえ

接種機関名:新潟検投所							
※小児の場合は保護者の方が以下も記入してください							
お子さんの年齢(月齢まで)	満	歳	ヵ月				
お子さんの出生時体重・週数	出生時体重(		)g/週数(		)週		
分娩時に何か異常がありましたか。				□はい	□いいえ		
乳児検診で異常があると言われたことが	ありますか(発達	の遅れなど)。		□はい	□いいえ		
1年以内にけいれんやひきつけをおこし	たことがあります	か。		□はい	□いいえ		
あなたのお子さんの中に、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		
	医師	記入欄					
		記入欄					
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・	その他身体的所見)						
特記すべき事項( なし ・ あり )	※ありの場合は以下	に詳細を記載。					
		•					
<接種情報>							
ワクチン名: 黄熱ワクチン1人	用						
メーカー名: Sanofi,Inc		1					

<接種情報>				
ワクチン名:	黄熱ワクチン1人用			
メーカー名:	Sanofi,Inc			
用法・用量:	0.5mL 皮下注射	_		
ロット番号:				
使用期限:		_		
接種部位:	□左腕			
	□右腕			
	□その他(	)		
・以上問診およ	び診察の結果、本日の予防接種の可否	□可	□不可	
・予防接種に対	する被接種者または保護者の同意	□得られた	□得られなかった	
接種日・接種	時間	担	当医師の署名	
20 年	三 月 日 :			

予防接種に関する説明、問診及び診察の結果、接種後の注意事項の説明を受け理解しましたので、 本日の予防接種を受けることに同意いたします。

本人または保護者の同意署名

年 月 日

## 黄熱予防接種手数料の超過納付書

私は、検疫法第26条の規定に基づく黄熱予防接種の手数料として、 定められた手数料金額を超過した収入印紙にて納付しますが、差異 金額分の返還は求めません。

年 月 日

超過金額	円
署名	