

黄熱予防接種問診票

千歳空港検疫所支所

Yellow fever vaccination Inquiry

令和 年 月 日

ふりがな 受ける人の氏名 Name		<input type="checkbox"/> 男 Male	生年月日 Date of birth	西暦 D/M/Y	年 / 月 / 日
保護者の氏名 Name of parent or guardian		<input type="checkbox"/> 女 Female	年齢：満 歳 か月 Age: y m	体重(16歳未満) Body weight: kg	
住所 Address:	〒 -			電話番号 Telephone no. FAX Facsimile no.	
緊急連絡先 contact in emergency	関係 relationship			電話番号 Telephone no. FAX Facsimile no.	
渡航先 Destination:		渡航目的(Purpose of travel) <input type="checkbox"/> 仕事business <input type="checkbox"/> 観光sightseeing <input type="checkbox"/> 留学study abroad <input type="checkbox"/> その他other()			
出発予定日 Expected date of departure: / /	滞在期間 Expected length of trip: ()年間years、()か月間months、()日間days				

これは大切なことですので正しく記入してください。小児の場合、保護者が記入してください。

Please fill out this form correctly. In the case the recipient is a child, the parent or guardian should fill out this form. Please a check the following.

1	本日の体調はいかがですか。 How is your condition today?	<input type="checkbox"/> 良いGood <input type="checkbox"/> 悪いBad condition	本日の体温 Body temperature	℃
2	現在、以下の病気にかかっていますか、又は治療をしていますか。 Are you suffering from any of the following diseases or taking a treatment for any of the following? <input type="checkbox"/> 発熱性疾患Fever <input type="checkbox"/> 腎臓病Renal disease <input type="checkbox"/> 糖尿病Diabetes <input type="checkbox"/> 心臓病Heart disease <input type="checkbox"/> 肝臓病Liver disease <input type="checkbox"/> かぜCommon cold <input type="checkbox"/> 喘息Asthma <input type="checkbox"/> 皮膚病Skin disease <input type="checkbox"/> 神経の病気Nervous system disease <input type="checkbox"/> 歯科の病気Dental disease <input type="checkbox"/> 血液の病気Blood disease <input type="checkbox"/> 免疫不全症 Immune deficiency syndrome <input type="checkbox"/> 放射線療法Radiotherapy <input type="checkbox"/> 化学療法Chemotherapy <input type="checkbox"/> その他other()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
3	現在、何か薬を飲んでいますか。 Are you taking any medications? 薬名 Name of medicine ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
4	以前に入院するような病気にかかったことはありますか。 Have you ever been hospitalized for any medical treatment? 病名Name of disease ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
5	1か月以内に麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ、新型コロナウイルス感染症その他感染症にかかったことがありますか。 あなたの家族、同僚などに感染症にかかった方がいましたか？ Have you been suffered from measles, rubella, chickenpox, mumps, COVID-19 or other infectious diseases in the past month? Has anyone in your family, coworkers, etc. had an infectious disease?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 自分以外 () <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> myself <input type="checkbox"/> other ()		
6	3か月以内に、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。 Have you had a transfusion (blood, plasma or γ-globulin) within 3 months?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
7	4週間以内に次の予防接種を受けましたか。 Have you had any vaccination in the past 4 weeks? <input type="checkbox"/> 麻疹Measles(/) <input type="checkbox"/> 風しんRubella(/) <input type="checkbox"/> おたふくかぜMumps(/) <input type="checkbox"/> 水痘Chickenpox(/) <input type="checkbox"/> BCG(TB-vaccine)(/) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 COVID-19(/) <input type="checkbox"/> その他(輸入ワクチンを含む。)Other vaccine or medication: (/) (/) (/) (/)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

8	※女性の方のみ	現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性はありますか。 Are you pregnant or is there a possibility that you get pregnant?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	※Women only	現在、授乳していますか。 Are you currently breast feeding ?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

小児(16歳未満)の場合は、引き続き以下の質問にも答えてください。
The following inquiries are for a child under 16 years of age.

9	今日予防接種を受けるお子さんは、分娩時に何か異常がありましたか。 Did you have any health problems at birth?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10	乳児検診で異常があるとされたことがありますか。 Has a healthcare provider told you that your child had problems such as growth retardation or delayed development?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11	1年以内に、けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。 Did your child have a seizure in the past year?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12	ご家族、ご親類の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。 Does the child have a family member or relative with congenital immunodeficiency?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

黄熱の予防接種に関する説明を受け理解しましたので、予防接種を受けることに同意します。
I fully understood the information given about vaccination, results of medical examination and cautions after vaccination. I request that I or my child named above will be immunized.

本人又は保護者の同意の署名

Signature (If minor, signature of a parent or guardian)

《 担当医師所見 》

☐ 予防接種に対する被接種者又は保護者の同意 (得られた ・ 得られなかった)

使用ワクチン メーカー名 用量 接種方法 ロット番号 接種部位	黄熱 Sanofi Inc. 0. 5ml 皮下接種 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> その他	接種の可否の判定 可 / 不可 担当医師署名 _____
--	---	---