

# Yellow Fever Vaccination at Tokyo Quarantine Station

## ●How to Make a Reservation?

### STEP 1: Calling

You need to make a reservation for yellow fever vaccination.

Please call us at:

Phone number: 03-3599-1515 (Tokyo Quarantine Station)

Office hours: 9:00~12:00, 13:00~16:00 from Monday to Friday

If you don't speak Japanese, please ask someone who can speak Japanese for help.



You will be asked - Details of your trip (e.g. departure date, destinations, style of trip)  
- Personal information (e.g.name spelling, date of birth, nationality)  
- Past and present medical history  
- Schedules of other vaccinations etc.

Obtain your reservation number (●●TK△△) and the date and time of your appointment.

### STEP 2: Sending a Copy of Your Passport (Photo Page) by FAX or Email

To complete your reservation, you need to send a copy your passport's photo page by fax (03-5530-2152) or email (We will provide our email address when you call) . If you don't send a copy your passport's photo page, your reservation will not be completed.

## ●What You Need on the Day of Vaccination

When you visit Tokyo Quarantine Office, please bring the following items:

**1. Documents:** If possible, please print and fill out forms "Application for vaccination" and "Vaccination inquiry," which correspond to pages 3,4 and 5 of this PDF.

**2. Revenue Stamps:** The vaccination fee of ¥ 17,680, which includes the issuance of the vaccination certificate, should be paid using revenue stamps **“Syunyuinshi.”** These stamps can be purchased at a post office.

**3. Identification (ID) :** You are required to show a valid ID (e.g. residence card, passport, or driver’s license) at the entrance of our building.

➤ After receiving your yellow fever vaccination, you must remain in our office for a 30-minute medical observation period. Your International Certificate of Vaccination will be issued after this period. **Do not leave immediately** after the vaccination.

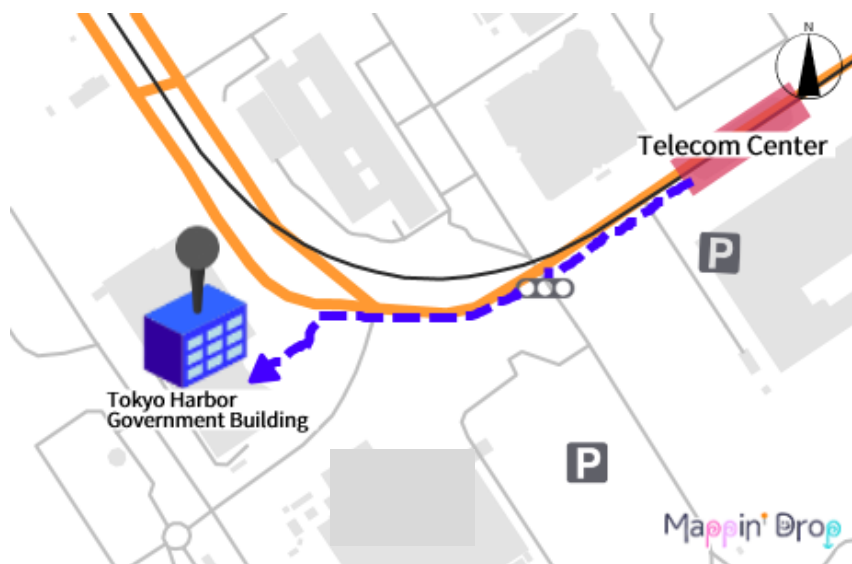
### ●Canceling Your Reservation

Please call 03-3599-1515 during office hours.

### Access

Take the Yurikamome Line and get off at Telecom Center Station.

Tokyo Harbor Government Building is a 5-minute walk from the station.



### Tokyo Quarantine Station

8<sup>th</sup> Floor, Tokyo Harbor Government Building, 2-7-11 Aomi, Koto-ku,  
Tokyo 135-0064, Japan

Tel +81-3-3599-1515 Fax +81-3-5530-2152

(表)  
様式第八の二

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

20

申請年月日

Date of application (y. m. d)

申請者住所

Address of applicant

申請者氏名

Name of applicant

東京検疫所長 殿

To the chief of Tokyo Quarantine Station

署名

Signature

手数料金

円

Amount of fee

予約整理番号(予約時にご案内した番号です)

Reservation number

TK

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.

被接種者

Persons to be vaccinated

氏名 Name	性別 Sex	西暦生年月日 Date of birth (y. m. d)	予防接種の種類 Kind of vaccination	行先地 Destination	備考 Remarks (国籍 Nationality)
(ふりがな)			黄熱 Yellow Fever		
(ふりがな)					
(ふりがな)					
(ふりがな)					
(ふりがな)					

記載上の注意

Notes:

- 楷書で記入すること。
- 不要の文字は抹消すること。
- Fill in block letters.
- Strike out the unnecessary indications.

※ いただきました個人情報は、当検疫所にて厳重に管理し、予防接種事業以外の目的では使用いたしません

※ Your contact information will be held in the strictest confidence as per our privacy policy.

## 記入例Sample

(表)  
様式第八の二

消えない黒いボールペンでご記入ください

収入印紙は貼らずにご持参ください

Please bring it without affixing the revenue stamp to the document.

予防接種に関する申請書  
APPLICATION FOR VACCINATION※ ご家族分を1枚で申請される場合は、  
代表者の住所氏名をご記入ください

※接種日 Date of vaccination

20 25 . 4 . 15

申請年月日

Date of application (y. m. d)

申請者住所 東京都〇〇区△△1-2-3-101  
Address of applicant申請者氏名 検 疫 一 郎  
Name of applicant

自 筆

検 疫 一 郎

署 名  
Signature手数料金 17,680 円  
Amount of fee予約整理番号(予約時にご案内した番号です)  
Reservation number

0415 TK 02

東京検疫所長 殿

To the chief of Tokyo 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.

【手数料金】接種人数分の合計金額

1名:17,680円 (1 person)  
 2名:35,360円 (2 persons)  
 3名:53,040円 (3 persons)  
 4名:70,720円 (4 persons)

被 接 種 者  
Persons to be vaccinated

氏 名 Name	性別 Sex	西暦生年月日 Date of birth (y. m. d)	予防接種の種類 Kind of vaccination	行先地 Destination	備考 Remarks (国籍 Nationality)
(ふりがな) けんえき いちろう 検 疫 一 郎	男	1990.7.14	黄熱 Yellow Fever	ガーナ	JAPAN
(ふりがな)					※国際緊急援助隊、船員等の方はご記入ください
ご家族の場合は、全員分をご記入ください					
(ふりがな)					
(ふりがな)					
(ふりがな)					
(ふりがな)					

【行先地】

黄熱予防接種が必要な国名をご記入ください  
例) ×南米、アフリカ、○ブラジル、ガーナ未定の場合、「未定」  
世界一周の場合、「世界一周」

記載上の注意

1. 楷書で記入すること。
2. 不要の文字は抹消すること。
1. Fill in block letters.
2. Strike out the unnecessary indications.

Notes:

※ いただきました個人情報は、当検疫所にて厳重に管理し、予防接種事業以外の目的では使用いたしません  
 ※ Your contact information will be held in the strictest confidence as per our privacy policy.

予防接種問診票  
Vaccination Inquiry

年月日 Date (Year/Month/Day)

/ /

※太字枠内を記入してください。Please fill inside the bold line.

フリガナ		予約整理番号 Reservation No.	電話番号 Phone Number
氏名 Name		TK	
氏名ローマ字 Passport Name (パスポートの表記と同一のもの)			緊急時電話番号 (続柄) Emergency Number (relation)
			( )
住所 Address	〒 —		保護者氏名 Name of parent/guardian ※未成年の場合 Only for the use of minors

生年月日(西暦) Date of Birth(Year/Month/Day)	年齢 Age	性別 Gender	国籍 Nationality
/ /	満 歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 Male Female	<input type="checkbox"/> 日本・ ( )

出発予定日 Departure (Year/Month/Day)	20 / /	渡航先 Destination	
渡航目的 Purpose	<input type="checkbox"/> 観光 Sightseeing <input type="checkbox"/> 仕事 Business <input type="checkbox"/> 留学 Study abroad <input type="checkbox"/> その他 Other( )	滞在期間 Duration	日間 days
		黄熱ワクチン接種回数 Yellow Fever Vaccination	<input type="checkbox"/> 初回 First time <input type="checkbox"/> ( )回目 times
診察前の体温 Body Temperature	. °C	本日の体調 Today's condition	<input type="checkbox"/> 良い Good <input type="checkbox"/> 良くない Not Good

現在、以下の病気にかかっている、または治療していますか。※以下の□にレ点、もしくは ( ) 内に記入	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Are you currently suffering from or receiving treatment for any of the following diseases?	Yes No

<input type="checkbox"/> 発熱性疾患 Fever <input type="checkbox"/> 肝臓病 Liver Disease <input type="checkbox"/> 神経の病気 Nervous system disorder <input type="checkbox"/> 免疫不全症 Immune deficiency syndrome	<input type="checkbox"/> 腎臓病 Renal Disease <input type="checkbox"/> かぜ Common Cold	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma <input type="checkbox"/> 歯科の病気 Dental Disease <input type="checkbox"/> その他 Others( )	<input type="checkbox"/> 心臓病 Heart Disease <input type="checkbox"/> 皮膚病 Skin Disease <input type="checkbox"/> 血液の病気 Blood Disease
---	---	--	---

※上記の病気または治療に該当する場合、黄熱ワクチン接種について、主治医から許可を得ていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※If any of the above applies to you, did your doctor give you permission to receive the vaccine today?	Yes No

現在、何か薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Are you taking any medications? (e.g., cortisone, anti-cancer drugs, biological products, etc.)	Yes No

薬剤名 Describe details :	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Have you ever been hospitalized for any medical treatment?	Yes No

詳細 Describe details :	
これまでに免疫の低下(免疫不全)と診断されたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Have you ever been diagnosed with immune deficiency syndrome before?	Yes No

3 ヶ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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Have you received a blood transfusion, plasma, or γ-globulin in the past 3 months?	Yes No

胸腺疾患(重症筋無力症を含む)にかかったことがある、または胸腺摘除術を受けた事がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Have you ever had a thymus disease (including myasthenia gravis) or undergone a thymectomy?	Yes No

1 ヶ月以内に、はしか、おたふくかぜ、インフルエンザ、COVID-19等のウイルス感染症にかかりましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Have you had any of the following illnesses in the past 4 weeks? Viral infection such as Measles, Mumps, Influenza or COVID-19 .	Yes No

1 ヶ月以内に、あなたの家族や同僚、小児の場合は遊び仲間等にはしか、おたふくかぜ、インフルエンザ、COVID-19等のウイルス感染症にかかっている方はいましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Has anyone in your family or among colleague (for infants, playmates) suffered from Measles, Mumps, COVID-19 or other infectious diseases in the past month?	Yes No

※裏面もあります

※Flip over and fill in the other side

※小児の場合は保護者の方が以下も記入してください。 ※Fill in below if the vaccinee is a minor.

醫師記入欄

予防接種に関する説明を受け、診察結果や予防接種後の注意事項を含め理解しましたので、本日の予防接種を受けることに同意します。

I have received and fully understood the explanation about the vaccination, including the results of the medical examination and precautions after vaccination. I agree to receive today's vaccination.

本人または保護者の同意署名

**Signature (For minors, signature of the parent or guardian)**

※ いただきました個人情報、当検疫所にて厳重に管理し、予防接種事業以外の目的では使用いたしません。

✂ Your personal information will be held in the strictest confidence as per our privacy policy.

(2025/3作成)

## 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。

西暦 20      年      月      日

超過金額 \_\_\_\_\_ 円

署名 \_\_\_\_\_