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 ($\bullet \bullet \mathsf{TK} \triangle \triangle$) 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 <u>revenue stamps</u> "**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.

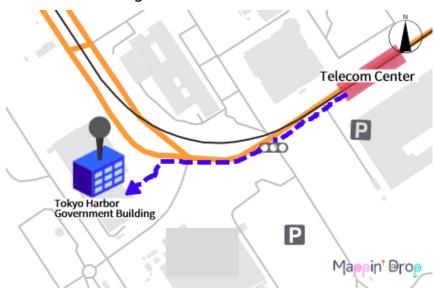
Canceling Your Reservation

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

8th 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 Amount of fee 予約整理番号(予約時にご案内した番号です) Reservation number	円			
	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 specifield 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	西暦生年月日	予防接種の種類	行先地	備考
Name	Sex	Date of birth	Kind of vaccination		
		(y. m. d)			(国籍 Natinonality)
(ふりがな)			黄熱		
			Yellow Fever		
(ふりがな)					
(ふりがな)					
(ふりがな)					
(ふりがな)					
	1				

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。

Notes:

1. Fill in block letters.

- 2. 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) ^{様式第八のニ}

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)

東京検疫所長 殿

To the chief of Tokyo Quarantine Station

者 住 所 **東京都〇〇区**△△1-2-3-101

Address of applicant

申請者氏名 Name of applicant 検 疫 一 郎

自 筆

校 麼 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

number

0415 TK 02

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 specifield 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 種 Bersons to be vaccinated

氏名	性別	西暦生年月日	予防接種の種類	行先地	備考	
Name	Sex	Date of birth	Kind of vaccination	Destination	Remarks	
		(y. m. d)			(国籍 Natinonality)	
(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	
ご家族の場合は、全員分をご記入ください						
(ふりがな)						
			【行先地】			
(ふりがな)			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、 〇ブラジル、ガーナ			
(ふりがな)			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。

Notes:

- 1. Fill in block letters.
- 2. 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
- $\frak{\%}$ Your contact information will be held in the strictest confidence as per our privacy policy.

接種機関名:東京検疫所 別紙 2 (15版)

Name of Vaccination Facility: Tokyo Quarantine Station 年月日 Date (Year/Month/Day) 予防接種問診票 Vaccination Inquiry ※太字枠内を記入してください。Please fill inside the bold line 予約整理番号 フリガナ 電話番号 Phone Number Reservation No 氏名 Name ΤK 緊急時電話番号(続柄) 氏名ローマ字 Passport Name (パスポートの表記と同一のもの) Emergency Number (relation) 保護者氏名 Name of parent/guardian ₹ 住所 ※未成年の場合 Only for the use of minors Address 生年月日(西暦) Date of Birth(Year/Month/Day) 年齢 性別 Gender 国籍 Nationality Age □男性 口女性) / 湍 歳 □日本・(Male Female 出発予定日 Departure 20 渡航先 Destination (Year/Month/Day) □観光 Sightseeing 滞在期間 Duration 日間 days □仕事 Business 渡航目的 Purpose 黄熱ワクチン接種回数 □留学 Study abroad □ 初回 First time □その他 Other(Yellow Fever Vaccination)回目 times 診察前の体温 本日の体調 □ 良い Good °C Today's condition □ 良くない Not Good **Body Temperature** 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 口はい □いいえ No Are you currently suffering from or receiving treatment for any of the following diseases? Yes □心臓病 Heart Disease □ 発熱性疾患 Fever □腎臓病 Renal Disease □糖尿病 Diabetes □肝臓病 Liver Disease □かぜ Common Cold □喘息 Asthma □皮膚病 Skin Disease □歯科の病気 Dental Disease □血液の病気 Blood Disease □神経の病気 Nervous system disorder □免疫不全症 Immune deficiency syndrome □その他 Others(※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。 □はい □いいえ ※If any of the above applies to you, did your doctor give you permission to receive the vaccine today? Yes Nο 現在、何か薬を使用していますか。 □はい □いいえ Are you taking any medications? (e.g., cortisone, anti-cancer drugs, biological products, etc.) No Yes 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。 □はい □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。 □はい □いいえ Have you ever been diagnosed with immune deficiency syndrome before? Yes No 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。 口はい □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。 □はい □いいえ Have you ever had a thymus disease (including myasthenia gravis) or undergone a thymectomy? Yes No 1ヵ月以内に、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。 □はい □いいえ Have you had any of the following illnesses in the past 4 weeks? Viral infection such as Measles, Mumps, Yes No Influenza or COVID-19 1 ヵ月以内に、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、 □いいえ □はい 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。 Has anyone in your family or among colleague (for infants, playmates) suffered from Measles, Yes No Mumps, COVID-19 or other infectious diseases in the past month?

	けた場合は、接種日も記入してください。	□はい	□いいえ	
Have you had any of the following vaccinations	Yes	No		
□麻疹 Measles(/) □風疹 Ru	bella(/) □おたふくかぜ Mumps(/)			
□水痘 Chickenpox(/) □BCG T	B-vaccine(/)			
□A型肝炎 Hepatitis A(/) □B型肝炎	Hepatitis B(/) □破傷風 Tetanus(/)	□狂犬病 Rab	oies(/)	
□その他 Others()	
卵や鶏肉、ゼラチンなどの食べ物でアレルギー原	反応が出たことがありますか。	□はい	□いいえ	
Are you allergic to eggs or chicken, gelatin, or a	iny other foods?	Yes	No	
消毒用アルコールで、皮膚が赤くなったことがあ		口はい	□いいえ	
Have you ever had skin redness caused by ethat		Yes	No	
薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなっ		□はい	□いいえ	
Are you allergic to any drugs or vaccinations?	76666	Yes	No	
家族に薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が思	巨くかった人はいますか			
ls anyone in your family allergic to any drugs or		□はい Yes	□いいえ No	
女性のみ 現在授乳中、妊娠中、または妊娠				
Women Only Are you currently pregnant, post		□はい Yes	□いいえ No	
	。 してください。 ※Fill in below if the vaccinee is a min		INU	
年齢(月齢まで) Age (Year and Month)	満 ()歳 year(s) ()ヵ月 mo	onth(s) old		
出生時体重/週数 Birth weight/Birth weeks	出生時体重 Birth weight() g / 週数 Birth Weeks()週 weeks	
分娩時に何か異常がありましたか。		□はい	□いいえ	
Did your child have any abnormalities at birth?	- 4、(※キャ/回れたい)	Yes	No	
乳児検診で異常があると言われたことがあります Does your child have any abnormalities, such a		□はい Yes	□いいえ No	
1年以内にけいれんやひきつけをおこしたことだ	·	□はい		
Has your child had any convulsions in the past		Yes	No	
あなたのお子さんの中に、先天性免疫不全と診断		口はい	□いいえ	
Has any of your children been diagnosed with congenital immune deficiency? Yes No				
rias any or your children been diagnosed with t	ongenital illinule deliciency:	res	INO	
rias any or your children been diagnosed with c	医師記入欄	res	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その	医師記入欄	res	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その	医師記入欄 他身体的所見)	i res	INO	
	医師記入欄 他身体的所見)	Tes Tes	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その	医師記入欄 他身体的所見)	Tes_	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その	医師記入欄 他身体的所見)	Tes	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その	医師記入欄 他身体的所見)	Tes Tes	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その 特記すべき事項(なし ・ あり)※ぁ	医師記入欄 他身体的所見) らりの場合は以下に詳細を記載。	Tes	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし ・ あり) ※あ<接種情報> ワクチン名: 黄熱ワク	医師記入欄 他身体的所見) らりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号:	Tes	INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし ・ あり)※あ<接種情報> ワクチン名: 黄熱ワクメーカー名: Sanofi In	医師記入欄 他身体的所見) らりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: c. 使用期限:		INO	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし ・ あり) ※ あり) ※ あり) ※ あり (ま種情報 > ワクチン名: メーカー名: メーカー名: 用法・用量: 0.5mL 皮	医師記入欄 他身体的所見) らりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: C. 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕	Tes)	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし ・ あり)※あ<接種情報> ワクチン名: 黄熱ワクメーカー名: Sanofi In	医師記入欄 他身体的所見) らりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: C. 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕)	
○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし ・ あり) ※あ<接種情報> ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) 5りの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 c. ロット番号: 使用期限: 使用期限: 下注射 上左腕 口右腕 の可否 □可 □不可)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) 5 りの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: C. 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名: 黄熱ワクメーカー名: Sanofi In 用法・用量: 0.5mL皮・以上問診および診察の結果、本日の予防接種・予防接種に対する被接種者または保護者の同接種日・接種時間 	医師記入欄 他身体的所見) 5りの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 c. ロット番号: 使用期限: 使用期限: 下注射 位左腕 口右腕 下注射 日本の ロー)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) 5 りの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: C. 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名: 黄熱ワクメーカー名: Sanofi In用法・用量: 0.5mL皮・以上問診および診察の結果、本日の予防接種・予防接種に対する被接種者または保護者の同接種日・接種時間 20 年 月 日 	医師記入欄 他身体的所見) のりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) 5 りの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: C. 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) のりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: 使用期限: 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった 担当医師の署名 : 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	 □その他(「 「 「 「 防接種を受い)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり <接種情報> ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) のりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用	 □その他(「 「 「 「 防接種を受い)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名:	医師記入欄 他身体的所見) のりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった 担当医師の署名 : 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explanation about the vaccination, including the results of	 □その他(「 「 「 「 防接種を受い)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名: 黄熱ワクメーカー名: Sanofi In用法・用量: 0.5mL皮・以上問診および診察の結果、本日の予防接種・予防接種に対する被接種者または保護者の同接種日・接種時間20年月日 予防接種に関する説明を受け、診察結果やします。 I have received and fully understood the eand precautions after vaccination. I agree to 	医師記入欄 他身体的所見) のりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 ロット番号: 使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった 担当医師の署名 : 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explanation about the vaccination, including the results of	 □その他(「 「 「 「 防接種を受い)	
 ○診察所見(視診・咽頭所見・心音・触診・その特記すべき事項(なし・あり)※あり 〈接種情報〉 ワクチン名: 黄熱ワクメーカー名: Sanofi In用法・用量: 0.5mL皮・以上問診および診察の結果、本日の予防接種・予防接種に対する被接種者または保護者の同接種日・接種時間20 年 月 日 予防接種に関する説明を受け、診察結果やします。 I have received and fully understood the experience of the second seco	医師記入欄 他身体的所見) のりの場合は以下に詳細を記載。 チン1人用 で、使用期限: 下注射 接種部位: □左腕 □右腕 の可否 □可 □不可 意 □得られた □得られなかった 担当医師の署名 : 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 explanation about the vaccination, including the results of preceive today's vaccination.	 □その他(「 「 「 「 防接種を受い)	

※ 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 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	目
超過金額			<u>円</u>
署名			