

(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。 ※If any of the above applies to you, did your doctor give you permission to receive the vaccine today?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No
---	--

現在、何か薬を使用していますか。 Are you taking any medications? (e.g., cortisone, anti-cancer drugs, biological products, etc.)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 Have you ever been hospitalized for any medical treatment?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 Have you ever been diagnosed with immune deficiency syndrome before?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 Have you received a blood transfusion, plasma, or γ-globulin in the past 3 months?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 Have you ever had a thymus disease (including myasthenia gravis) or undergone a thymectomy?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 Have you had any of the following illnesses in the past 4 weeks? Viral infection such as Measles, Mumps, Influenza or COVID-19 .	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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。 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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No
---	--

※裏面もあります

※Flip over and fill in the other side

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。 Have you had any of the following vaccinations in the past 4 weeks?		<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
<input type="checkbox"/> 麻疹 Measles(/) <input type="checkbox"/> 風疹 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"/> A型肝炎 Hepatitis A(/) <input type="checkbox"/> B型肝炎 Hepatitis B(/) <input type="checkbox"/> 破傷風 Tetanus(/) <input type="checkbox"/> 狂犬病 Rabies(/) <input type="checkbox"/> その他 Others()			
卵や鶏肉、ゼラチンなどの食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか。 Are you allergic to eggs or chicken, gelatin, or any other foods?		<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
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。 Have you ever had skin redness caused by ethanol used for disinfection?		<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
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。 Are you allergic to any drugs or vaccinations?		<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
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。 Is anyone in your family allergic to any drugs or vaccinations?		<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No
女性のみ Women Only	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。 Are you currently pregnant, possibly pregnant, or breastfeeding?	<input type="checkbox"/> はい Yes	<input type="checkbox"/> いいえ No

※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.

年齢(月齢まで) Age (Year and Month)	満 () 歳 year(s) () ヶ月 month(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。 Did your child have any abnormalities at birth?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No
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）。 Does your child have any abnormalities, such as developmental delays?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No
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。 Has your child had any convulsions in the past year?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No
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。 Has any of your children been diagnosed with congenital immune deficiency?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ Yes No

醫師記入欄

○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.
用法・用量：	0.5mL 皮下注射
ロット番号：	_____
使用期限：	_____
接種部位：	<input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
・予防接種に対する被接種者または保護者の同意	<input type="checkbox"/> 得られた <input type="checkbox"/> 得られなかった
接種日・接種時間	担当医師の署名
20 年 月 日 :	_____

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)

Name of Vaccination Facility : Tokyo Quarantine Station

予防接種問診票
Vaccination Inquiry

年月日 Date (Year/Month/Day)

2025 / 4 / 15

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

フリガナ	ケンエキ タロウ	予約整理番号 Reservation No.	電話番号 Phone Number
氏名 Name	検疫 太郎	0415 TK 01	090-1234-5678
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)
KENEKI TARO			080-8765-4321 (母)
住所 Address	〒 135 - 0064 東京都江東区青海2-7-11		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
1990 / 7 / 14	満 34 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 Male Female	<input checked="" type="checkbox"/> 日本・ ()

出発予定日 Departure (Year/Month/Day)	20 25 / 5 / 10	渡航先 Destination	ウガンダ、ケニア
渡航目的 Purpose	<input checked="" 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	14 日間 days
		黄熱ワクチン接種回数 Yellow Fever Vaccination	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 First time <input type="checkbox"/> ()回目 times
診察前の体温 Body Temperature	待合室で測定します °C	本日の体調 Today's condition	<input checked="" 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 checked="" 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"/> 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 disorder		<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 checked="" type="checkbox"/> その他 Others(高尿酸血症)		

※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 checked="" 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 checked="" 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 : フェブリク	
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 checked="" 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 : 20歳 骨折で手術	
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 checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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、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 checked="" 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

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 _____