

Vaccination Reservation Form / 予防接種予約票

Appendix 1

Vaccination desired date / 接種希望日 1. mm/月 dd/日		2. mm/月 dd/日		3. mm/月 dd/日	
Departure date / 出発予定日 yyyy/年 mm/月 dd/日			Destination / 渡航先		
Length of stay / 滞在期間 _____ years/年間 _____ months/月間 _____ weeks/週間 _____ days/日間			Purpose of travel / 渡航目的 <input type="checkbox"/> Business/仕事 <input type="checkbox"/> Tourism/観光 <input type="checkbox"/> Study abroad/留学 <input type="checkbox"/> Others/その他 ()		
(In kana) ふりがな			Sex / 性別 <input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女		
Full name 氏名			D.O.B / 生年月日 (_____ years old/満才) year/年 month/月 day/日生		
Romanized name (as on passport) / ローマ字表記 (パスポートに記載のもの)			Nationality / 国籍 <input type="checkbox"/> Japan/日本 <input type="checkbox"/> Other/その他 _____ *If not Japanese, please send a copy of your passport photo page via email. / 外国籍の場合パスポート顔写真ページのメール送付必須		
For those under 18 / (18 才未満の場合) Name, relationship, and contact in of guardian / 保護者の氏名・続柄・連絡先等			Contact number / 連絡先電話番号		
Emergency contact (other than yourself) / 緊急連絡先 (本人以外)			Address/住所		

Medical Questionnaire / 問診項目

1	Have you ever received the yellow fever vaccine before? / 過去に黄熱の予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, answer question No.2 , if no, answer question No.3 / 1 の質問で「はい」の方は 2 の質問へ 「いいえ」の方は 3 の質問へ		
2	() time of received / 回目 date of the last vaccination / 前回接種時期 ()	
Any side effect / 副反応はありましたか		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3	Have you ever felt unwell or symptoms such as hives or allergic reactions due to medication, IV drop or vaccination? / 以前に薬、点滴、予防接種などで具合が悪くなったり、蕁麻疹やアレルギーがみられたことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details / 3 の質問で『はい』の場合の詳細		
4	Have you ever had an allergic reaction such as hives, after eating eggs, chicken or gelatin / 卵、鶏肉、ゼリー（ゼラチン）を食べて蕁麻疹やアレルギーがでたことはありますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details / 4 の質問で『はい』の場合の詳細		
5	Have you ever had hives, asthma, eczema, hay fever or nasal allergy? / 蕁麻疹・喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎になったことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details (Is there any allergen testing?) / 5 の質問で『はい』の場合の詳細（アレルギー検査の有無等）		
6	Have you received any other vaccines within the past 4 weeks, or are you scheduled to receive any? / 前後 4 週間以内に他の予防接種を受けましたか、または予定されていますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details / 6 の質問で『はい』の場合の詳細		
7	Have you ever had any serious illness or undergone surgery? 過去に入院や手術をする病気、怪我等をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details / 7 の質問で『はい』の場合の詳細 ・ Name of disease / 病名 ・ When/時期		

8	Are you currently being treated for any medical condition, or taking any medications? /現在治療中の病気や内服中の薬及び注射薬がありますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details / 8 の質問で『はい』の場合の詳細 ・ Name of disease / 病名 ・ Medication / 薬剤名 (Anticancer drugs, immunosuppressants / 抗がん剤・免疫抑制剤) <input type="checkbox"/> If you are currently receiving medical treatment, please consult with your doctor about receiving the yellow fever vaccine and be sure to get permission to receive the vaccination. / 受診中の方は、黄熱ワクチンを接種することを主治医に相談し、接種の許可を必ず得てください		
9	In the past month, have you or any of your family members had a viral illness such as measles or mumps? / 1ヶ月以内に、麻しんやおたふくかぜ等ウィルス性疾患にかかったことがありますか又は家族にそのような方がいますか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please provide more details / 9 の質問で『はい』の場合の詳細		
10	<For women / 女性の場合> Are you currently pregnant or breast-feeding or possibly pregnant? 授乳中、妊娠中あるいは、現在妊娠している可能性があります * 1 After vaccination: please avoid pregnancy for 2 months and breastfeeding for 1 month. 接種後、妊娠を2ヶ月、授乳を1ヶ月控えること ※ 2 If breastfeeding: it is necessary to refrain from breastfeeding even if both mother and child are vaccinated. / 授乳中、母子共に接種する場合でも授乳を控える必要あり	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<Hospital use section / 病院使用欄> ☐ 接種可 ☐ 接種不可

☐ Please read the following precautions and agree before submitting your reservation.

/以下の注意事項を確認し、了承して予約を申し込みます。

(After reading, please check ✓ to confirm / 確認後、✓を記入してください)

(Regarding the reservation / 予約票について)

- If there are any changes to the information you have provided- especially if you schedule another vaccination - please be sure to contact the infection medicine department by phone (045-316-4580) / お答えいただいた内容に変更が生じた場合、特に他の予防接種の予定が入った場合は必ずお電話 (045-316-4580) で感染症内科外来にご連絡ください。

(On the day of vaccination / 接種日当日について)

- Reception time is 12:30PM. Please be sure to arrive at the 1st floor new patient reception on time.
/ 受付時間は 12:30 です。1F 新患受付に、必ず時間厳守でご来院ください。
- Please take your temperature on the morning of the vaccination day. If you have a fever of 37.5°C or higher, or cold-like symptoms, you may not be able to receive the vaccination. Please contact the Infection medicine department by phone (045-316-4580). / 当日朝、体温測定をお願いします。37.5°C以上の発熱や風邪症状がある場合は接種できないことがありますので、体調を整えてご来院ください。体調不良等の場合は、必ずお電話 (045-316-4580) で感染症内科外来に連絡をお願いします。
- A questionnaire to be used on the day of vaccination is available on our hospital's website. If possible, please download it and fill out what you can in advance to help speed up the process. / 当院のホームページに、当日使用する問診票があります。可能であればダウンロードし、わかる範囲で必要事項を記入していただくと、受付がスムーズです。

Please note: depending on the result of your consultation / questionnaire on the day, you may not be able to receive the vaccine. / また、接種当日の問診または問診結果により、接種を受けられない場合がありますので、ご了承ください。

(What to bring / 持ち物)

- Revenue stamp / 収入印紙 : The fee for the vaccination is 17,680 yen. Payment by cash or credit card is not accepted. Please purchase a 17,680 yen revenue stamp in advance at a post office or available place. Please note: we cannot provide change at the hospital. Even if multiple family members are getting vaccinated, do not combine amounts, each person must prepare one 17,680 yen revenue stamp. / 予防接種に関わる手数料は、17,680 円です。支払いに、現金・クレジットカード等は使用できません。郵便局等で、17,680 円の収入印紙をご用意ください。また、当院ではお釣りを出せませんので、ご了承ください。※家族で接種を受ける場合でも合算はせず、必ず1人分ずつ、17,680 円の収入印紙を用意してください。
- Passport (original or a copy) / パスポート (原本) 又はその写し

(After vaccination /接種後について)

- To monitor for adverse reactions, you will be asked to wait 30 minutes in the hospital after the vaccination. Please refrain from drinking alcohol or engaging in strenuous exercise on the day of the vaccination. /接種後は副反応がないか確認するため、病院内で30分待機していただきます。接種当日のアルコール摂取、激しい運動はお控えください。

(Cancellations or rescheduling /キャンセル、日程変更について)

- If you need to cancel, please be sure to call the Infection medicine department by phone (045-316-4580) Rescheduling is possible only if there are open appointment slots. /キャンセルする場合は、必ずお電話（045-316-4580）で感染症内科外来にご連絡ください。日程変更は、予約の空きがある場合に限り可能です。

(Other notes /その他)

- If you depart or enter a country within 10 days after receiving the yellow fever vaccine, you may be at risk of developing adverse reactions after travelling. In addition, please note that the international vaccination certificate is valid from the 10th day after vaccination. /黄熱ワクチン接種後10日経過せずに出発、入国する場合、渡航後に副反応発生のリスクがあります。また、国際証明書有効開始期は接種後10日からになりますので、ご注意ください。

<Vaccination Interval When Administering Different Types of Vaccines

異なる種類のワクチンを接種する際の接種間隔>

Effective from October 1, 2020

