- 訓練、派遣中の予防接種スケジュール作成の参考書類です。
- 年号は西暦、選択はチェックで記入して下さい。
- 各ワクチンが記載してある回数以上に接種歴がある場合は、欄外に記載して下さい。

提出期限厳守!

					記入日:	ź	Ŧ	月	日		
	隊次 年度	次隊	派遣予定国								
7	フリガナ		職種								
	氏 名		協力隊経験	□ 無 □ 有	隊次:	3/1	<b></b> 走国	1:			
ł	携帯電話	生年月	日(西暦)		白	Ę.	月	日			
メー	ルアドレス						1	年齢	歳		
個人	の予防接種は、派遣国、ワクチ	ン接種歴を基に <u>医</u> [	<u>師の判断に</u> より	り決定されます。	)			•			
						※日付は	西暦	で記入			
1	黄熱病予防接種証明書を持ってい	<b>న</b>	□無 □ ₹	有 □ 接種予定	実施日 または 予定日	4	年	月	日		
				有の方:	1回目	<u> </u>	年	月	日		
2	▲型肝炎の予防接種を受けたことだ	がある	□無 □有	海外製ワクチン Havrix, Avaxim等	2回目	<u>:</u>	年	月	日		
				でしたか?   □ はい □ いいえ	3回目	•	Total	日			
		\$ L - 7			1回目	<u>.</u>	西暦で記入 年 月 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	日			
3	B型肝炎の予防接種を受けたことが ● 医療者の方: 学生時、入職時に接種済か		□ 無	□ 有	2回目	4	年	遺国: 可暦で記入 三 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日			
					3回目	<u>:</u>	年	月	日		
					1回目	<u>:</u>	年 月 年 月	日			
4	<b>狂犬病</b> の予防接種を受けたことが	ある	□ 無	□ 有	2回目	<u>:</u>		日			
					3回目	<u> </u>	年	月	日		
5	<b>髄膜炎菌髄膜炎</b> の予防接種を受け	たことがある	無	□ 有		:	年	月	日		
<b>▼</b>	' □少期の定期予防接種と、それ以降	冬の垶種麻			l						
<b>V</b> 29.	ラッツに対すの対象性と、てもの	1		 接種歴を西暦で	<u></u>						
6	母子手帳を持っている			のがある場合は記		合は記入不見	要。				
					1回目						
					2回目		年	月	日		
7	<b>破傷風</b> またはDT、DPTの 予防接種歴		接種歷	歴を西暦で記入→	3回目		年	月	日		
	17107女性症				4回目		年	月	日		
					5回目		年	月	日		
					1回目		年	月	日		
8	   ポリオ(急性灰白髄炎)の		拉托氏	また悪魔で記る。	2回目		年	月	日		
°	予防接種歴		<b>技性</b> 原	歴を西暦で記入→	3回目		年	月	日		
					4回目		年	月	日		
					1回目		年	月	日		
9	   <b>日本脳炎</b> の予防接種歴		<b>按</b> 插网	歴を西暦で記入→	2回目		年	月	日		
			]女作生だ	ᇎᆫᄄᆁᆫᆫᇿᄉ	3回目		年 月 1				

4回目

年

月

日

	薬品や食品で皮膚にアレルギー症状	*が出たり、身体の具	 具合が悪くなったことがあります	<u></u>					
	卵、ゼラチン、その他食物 (詳細は調査票)	□はい □いいえ	種類:	症状:					
10	薬品	□はい □いいえ	↓ ■種類:	症状:					
	ラテックス (ゴム)	□はい □いいえ	種類:	症状:					
	その他	□はい □いいえ	種類:	症状:					
	現在、何かの病気で医師にかかって	いますか。		□はい □ いいえ	病名:				
	1 = 7 0 EE BB - "" 0		治療内容:						
11	上記の質問に"はい"の	┃ □はい □ いいえ	薬品名:						
	その病気の主治医には、	予防接種を受けても	良いと言われましたか。	□はい □ いいえ					
12	今まで特別な病気(心臓血管系・腎 害、免疫不全症、悪性腫瘍、その他	□はい □ いいえ	病名:						
	上記の質問に"はい"の方 いといわれましたか。	□はい □ いいえ							
13	ひきつけ(けいれん)を起こしたこ	□はい □ いいえ	年 月						
10	その時に熱が出ましたか	□はい □ いいえ							
	予防接種を受けて以下の症状がでた	ことがありますか。							
	アナフィラキシー	□はい □いいえ	何歳時:	予防接種名:					
14	呼吸が苦しくなった	□はい □いいえ	何歳時:	予防接種名:					
	全身蕁麻疹	□はい □いいえ	何歳時:	予防接種名:					
	迷走神経反射 (冷や汗、めまい、気分不快等)	□はい □いいえ	何歳時:	予防接種名:					
15	アルコール消毒で皮膚に異常が起こる。								
16	設問10~13に「はい」と記載された て、JICA健康管理室へ申告しました	□はい	□いいえ						
<u>新</u>	選考時に申告しなかった怪我や病気、合格してから治療が開始となった怪我や病気はありませんか。ある場合は、 <u>必ず</u> 新規傷病報告書 に必要事項を記入し、 <u>JICA健康管理室</u> に連絡してください。 報告が無い場合(未申告)、任国での傷病対応に遅れが生じる原因となりえます。								

- \*訓練所での予防接種に不安がある方は、「JICA海外協力隊の予防接種について」を確認して合格者窓口に連絡ください。
- ※「JICA海外協力隊の予防接種について」はこちらから: 2-3 予防接種同意書 | JICA海外協力隊

	署名(自筆)	
上記の項目に記載漏れがないことを確認し <mark>署名(自筆</mark> )をしてください。		

- 訓練、派遣中の予防接種スケジュール作成の参考書類です。
- 年号は西暦、選択はチェックで記入して下さい。

● 各ワクチンが記載してある回数以上に接種歴がある場合は、欄外に記載して下さい。

### 提出期限厳守!

				記入日: 0000	年	0	月	0	日
隊次	○○○○ 年度 ○ 次隊	派遣予定国	バングラデシュ						
フリガナ	コクサイ ハナコ	職種	青少年活動						
氏 名	国際 花子	協力隊経験	 ☑無 □有	隊次:	派遣	玉 :			
携帯電話	000-0000-0000	生年月日	日(西暦)	0000	年	0	月	0	日
メールアドレス	iica2022∏@tc co ip					年齢		00	哉

協力隊経験者は過去に接種している可能性があります。 ご自身で接種歴を確認の上ご記入ください。 個人管理のため訓練所で個人の接種歴の保管はありませんので、 Heaith&Medical Recordを確認してください。

個人の予防接種は、派遣国、ワクチン接種歴を基に医師の判断により決定されます。

					※日付は	西暦で記	入	
1	<b>黄熱病</b> 予防接種証明書を持っている	☑無 □有 □接種予定		実施日 または 予定日	4	Ŧ.	月	日
			有の方: 海外製ワクチン Havrix, Avaxim等 でしたか?	1回目	1	Ŧ	月	日
2	A型肝炎の予防接種を受けたことがある	☑無 □有		2回目	1	Ŧ	月	日
			ロはい 口いいえ	3回目	4	Ŧ	月	日
				1回目	2009	<b>=</b> 7	月 10	0 日
3	B型肝炎の予防接種を受けたことがある ● 医療者の方:学生時、入職時に接種済か確認してください	□無	▼ ☑有	2回目	2009	₹ 8	月	1 🖪
				3回目	2010 4	¥ 1	月 不明	日
				1回目	1	Ŧ	月	日
4	<b>狂犬病</b> の予防接種を受けたことがある	<b>∠</b> 無	<b>□</b> 有	2回目	4	Ŧ	月	日
				3回目	4	Ŧ	月	日
5	<b>髄膜炎菌髄膜炎</b> の予防接種を受けたことがある	☑無	€ □有			Ŧ	月	目

不明の場合は不明と記載して下さい

#### ▼幼少期の定期予防接種と、それ以降の接種歴

6	母子手帳を持っている	□ はい → 母子手帳を確認し、接種歴を西暦で	記入。							
U	は、一方ではなっている	□ いいえ→接種歴のわかるものがある場合は記入。ない場合は記入不要。								
			1回目	1992	年 5	月	6 日 3 日 7 日 25 日 日 日			
			2回目	1992	年 6	月	3 日			
7	│ 破傷風またはDT、DPTの │ 予防接種歴	接種歴を西暦で記入→	3回目	1992	年 7	月	7 日			
			4回目	1997	年 10	月	25 日			
			5回目		年	月	B			
			1回目		年	月				
Q	8 ポリオ (急性灰白髄炎)の	接種歴を西暦で記入→	2回目		年	月	日			
	予防接種歴	1女性足で四届で記入 /	3回目		年	月	日			
			4回目		年	月 3日 月 7日 月 25日 月 日 月 日	日			
			1回目		年	月	3 日 7 日 25 日 日 日 日 日 日			
9	   <b>日本脳炎</b> の予防接種歴	拉纸匠大工匠不到了。	2回目		年	月	日			
9	ログを必び」が別な性症	接種歴を西暦で記入→	3回目		年	月	25 B B B B B B B			
			4回目		年	6 月 3 日 7 月 7 日 10 月 25 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月				

書ききれない場合は余白を利用 してください。

							食物アレルギーのある方は、別途アレル ギー調査票も提出下さい。
	薬品や食品で皮膚にアレルギー症状	犬が出たり、身体の具	具合が悪くなったことがあります	けか。			十一詞且宗も徒山下さい。
	卵、ゼラチン、その他食物 (詳細は調査票)	☑はい □いいえ	種類:りんご、桃	症状:口の中の痒	<i>A</i>		
10	薬品	□はい ☑いいえ	▲ 種類:	症状:			
	ラテックス(ゴム)	□はい ☑いいえ	種類:	症状:			
	その他	☑はい □いいえ	種類:スギ花粉	症状:目の痒み、	鼻水		
	現在、何かの病気で医師にかかって	いますか。		☑はい □いいえ	病名:鉄欠	乏性貧血	
	1 = 7 0 55 881 - 461 - 11 0					鉄剤内服中	
11	上記の質問に"はい"の方、治療(投薬)を受けていますか。			☑はい □いいえ	薬品名:20 ア100mg1錠	22/1~フェロミ /1日1回	
	その病気の主治医には、	予防接種を受けても	良いと言われましたか。	☑はい □いいえ			
12	今まで特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・脳神経・血液疾患、先天異常、発育障害、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)で医師の診察を受けた事はありますか。		□はい ☑いいえ	病名			
	上記の質問に"はい"の方、病気を診てもらった医師に予防接種を受けて良いといわれましたか。		口はい 口いいえ				
13	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。			□はい ☑いいえ		年 月	
10	その時に熱が出ましたか	0		口はい 口いいえ			
	予防接種を受けて以下の症状がでた	ことがありますか。					
	アナフィラキシー	□はい ☑いいえ	何歳時:	予防接種名:			
14	呼吸が苦しくなった	□はい ☑いいえ	何歳時:	予防接種名:			
	全身蕁麻疹	□はい ☑いいえ	何歳時:	予防接種名:			
	迷走神経反射 (冷や汗、めまい、気分不快等)	☑はい □いいえ		予防接種名:インフ	<b>ルエンザ</b>		JICA健康管理室に申告されていない方は、下記をよく読み、必ず健康管理室に連絡してください。
15	アルコール消毒で皮膚に異常が起 (例:痒み、赤くなるなど)	こる。	□はい <b>☑</b> いいえ	症状:			を作るといえている
16	設問10~13に「はい」と記載されて、JICA健康管理室へ申告しました		診票または新規傷病報告書に	□はい	<b>∠</b> (\(	いえ	

選考時に申告しなかった怪我や病気、合格してから治療が開始となった怪我や病気はありませんか。ある場合は、<u>必ず</u> 新規傷病報告書に必要事項を記入し、 <u>JICA健康管理室</u> に連絡してください。

報告が無い場合(未申告)、任国での傷病対応に遅れが生じる原因となりえます。

\*訓練所での予防接種に不安がある方は、「JICA海外協力隊の予防接種について」を確認して合格者窓口に連絡ください。

※「JICA海外協力隊の予防接種について」はこちらから: 2-3 予防接種同意書 | JICA海外協力隊

	署名(自筆)	
上記の項目に記載漏れがないことを確認し <mark>署名(自筆)</mark> をしてください。		

以上