

## 予防接種および健康に関する問診票

- 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：                    年            月            日

隊次	年度	次隊	派遣予定国			
フリガナ			職種			
氏名			協力隊経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	隊次：	派遣国：
携帯電話			生年月日（西暦）		年	月 日
メールアドレス					年齢	歳

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	黄熱病予防接種証明書を持っている	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 接種予定		実施日 または 予定日	年 月 日
2	A型肝炎の予防接種を受けたことがある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の方： 海外製ワクチン Havrix, Avaxim等 でしたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1回目	年 月 日
				2回目	年 月 日
				3回目	年 月 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、入職時に接種済みか確認してください ● B型肝炎抗体価検査結果をお持ちの方は、この問診票と一緒にご提出下さい。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		1回目	年 月 日
				2回目	年 月 日
				3回目	年 月 日
4	狂犬病の予防接種を受けたことがある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		1回目	年 月 日
				2回目	年 月 日
				3回目	年 月 日
5	髄膜炎菌髄膜炎の予防接種を受けたことがある	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		年 月 日	

### ▼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	<input type="checkbox"/> はい → 母子手帳を確認し、接種歴を西暦で記入。 <input type="checkbox"/> 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。			
7	破傷風またはDT、DPTの 予防接種歴	接種歴を西暦で記入→	1回目	年 月 日	
			2回目	年 月 日	
			3回目	年 月 日	
			4回目	年 月 日	
			5回目	年 月 日	
8	ポリオ(急性灰白髄炎)の 予防接種歴	接種歴を西暦で記入→	1回目	年 月 日	
			2回目	年 月 日	
			3回目	年 月 日	
			4回目	年 月 日	
9	日本脳炎の予防接種歴	接種歴を西暦で記入→	1回目	年 月 日	
			2回目	年 月 日	
			3回目	年 月 日	
			4回目	年 月 日	

## 予防接種および健康に関する問診票

10	薬品や食品で皮膚にアレルギー症状が出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。			
	卵、ゼラチン、その他食物 (詳細は調査票)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類:	症状:
	薬品	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類:	症状:
	ラテックス(ゴム)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類:	症状:
	その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類:	症状:
11	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名:
	上記の質問に“はい”の方、治療(投薬)を受けていますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 治療内容:
	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。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬品名:
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がありますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 年 月
	その時に熱が出ましたか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	何歳時:	予防接種名:
	呼吸が苦しくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	何歳時:	予防接種名:
	全身蕁麻疹	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	何歳時:	予防接種名:
	迷走神経反射 (冷汗、めまい、気分不快等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 (例: 痒み、赤くなるなど)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	症状:
16	設問10~13に「はい」と記載された方は、応募時の問診票または新規傷病報告書にて、JICA健康管理室へ申告しましたか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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、必ず  
**新規傷病発生報告書** に必要事項を記入し、**JICA健康管理室** 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」はここから: [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 <b>署名(自筆)</b> をしてください。

以上

予防接種および健康に関する問診票

- 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: ○○○○年 ○月 ○日

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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	隊次:	派遣国:			
携帯電話	○○○-○○○-○○○			生年月日 (西暦)	○○○	年	○	月	○	日
メールアドレス	iica2022□@tc.co.jp			年齢	○○歳					

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	黄熱病予防接種証明書を持っている	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 接種予定	実施日または予定日 年 月 日
2	A型肝炎の予防接種を受けたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の方: 海外製ワクチン Havrix, Avaxim等 でしたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	1回目 年 月 日
			2回目 年 月 日
			3回目 年 月 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、入職時に接種済みか確認してください。 ● B型肝炎抗体検査結果をお持ちの方は、この問診票と一緒にご提出下さい。	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	1回目 2009年 7月 10日
			2回目 2009年 8月 1日
			3回目 2010年 1月 不明日
4	狂犬病の予防接種を受けたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	1回目 年 月 日
			2回目 年 月 日
			3回目 年 月 日
5	髄膜炎菌髄膜炎の予防接種を受けたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月 日

不明の場合は不明と記載してください

▼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	<input type="checkbox"/> はい → 母子手帳を確認し、接種歴を西暦で記入。 <input type="checkbox"/> 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。
7	破傷風またはDT、DPTの予防接種歴	接種歴を西暦で記入→
		1回目 1992年 5月 6日
		2回目 1992年 6月 3日
		3回目 1992年 7月 7日
		4回目 1997年 10月 25日
8	ポリオ(急性灰白髄炎)の予防接種歴	接種歴を西暦で記入→
		1回目 年 月 日
		2回目 年 月 日
		3回目 年 月 日
9	日本脳炎の予防接種歴	接種歴を西暦で記入→
		1回目 年 月 日
		2回目 年 月 日
		3回目 年 月 日
4回目 年 月 日		

書ききれない場合は余白を利用してください。

## 予防接種および健康に関する問診票

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ください。

薬品や食品で皮膚にアレルギー症状が出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。			
10	卵、ゼラチン、その他食物 (詳細は調査票)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類:りんご、桃
	薬品	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	種類:
	ラテックス(ゴム)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	種類:
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	種類:スギ花粉
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	病名:鉄欠乏性貧血
上記の質問に“はい”の方、治療(投薬)を受けていますか。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	治療内容:鉄剤内服中 薬品名:2022/1~フェロミア100mg1錠/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。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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がありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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言われましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	年 月
その時に熱が出ましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。			
14	アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	何歳時: 予防接種名:
	呼吸が苦しくなった	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	何歳時: 予防接種名:
	全身蕁麻疹	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	何歳時:30歳 予防接種名:インフルエンザ
15	アルコール消毒で皮膚に異常が起こる。 (例:痒み、赤くなるなど)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	症状:
16	設問10~13に「はい」と記載された方は、応募時の問診票または新規傷病報告書にて、JICA健康管理室へ申告しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

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。

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、必ず  
[新規傷病発生報告書](#) に必要事項を記入し、[JICA健康管理室](#) 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署名(自筆)をしてください。

以上