2024年9月

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	□　無 □　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	□ 無　□ 有　□ 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	□　無 □　有	有の方： 海外製ワクチンHavrix,Avaxim等でしたか？ □ はい □ 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、入職時に接種済か確認してください	□　無　□　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	□　無　□　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	□　無　□　有		年　　月　　日	

▼幼少期の定期予防接種について（定期接種以降の接種歴の記載もお願いします）

6	**母子手帳はお持ちですか？**	□　はい　→　母子手帳をご確認頂きながら下記の予防接種歴を西暦でご記載ください。 □　いいえ→接種歴のわかるものがありましたら、以下ご記入下さい。ない場合は記入不要です		
7	**破傷風**またはDT、DPTの 予防接種歴	接種歴を西暦でご記載ください→	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	接種歴を西暦でご記載ください→	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	接種歴を西暦でご記載ください→	1回目	年　　月　　日
			2回目	年　　月　　日
			3回目	年　　月　　日
			4回目	年　　月　　日

2024年9月

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）	□ はい □ いいえ	種類:	症状：	
	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：	
11	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：
	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	治療内容： 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。			□ はい □ 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
	その時に熱が出ましたか。			□ はい □ 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	□ はい □ いいえ	何歳時：	予防接種名：	
	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。 （例：痒み、赤くなるなど）			□ はい □ いいえ	症状:
16	設問10～13の記載内容はJICA健康管理室へ申告されていますか。				□ はい　□ 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ご連絡ください。
※「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

2024年9月

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：　2024　年　9　月　10　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。
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。

隊次	2024　年度　3　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：	派遣国：
携帯電話	080-3□△〇-0243	生年月日（西暦）	1991　年　10　月　29　日		
メールアドレス	jica2022□@tc.co.jp			年齢	32　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	☑無　□有　□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	☑無　□有	有の方：海外製ワクチンHavrix,Avaxim等でしたか？□はい　□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、入職時に接種済か確認してください	□無　☑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	☑無　□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	☑無　□有			年　月　日

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について（定期接種以降の接種歴の記載もお願いします）

6	**母子手帳はお持ちですか？**	□はい　→　母子手帳をご確認頂きながら下記の予防接種歴を西暦でご記載ください。 ☑いいえ　→接種歴のわかるものがありましたら、以下ご記入下さい。ない場合は記入不要です		
7	**破傷風**またはDT、DPTの予防接種歴	接種歴を西暦でご記載ください→	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
			5回目	年　月　日
8	**ポリオ（急性灰白髄炎）**の予防接種歴	接種歴を西暦でご記載ください→	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	接種歴を西暦でご記載ください→	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。

2024年9月

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下さい。

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）	☑はい　☐いいえ	種類:りんご、桃	症状：口の中の痒み
	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

11	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
	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	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。	☑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。	☐はい　☐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
	その時に熱が出ましたか。	☐はい　☐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	☐はい　☑いいえ	何歳時：	予防接種名：
	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：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）	☐はい ☑いいえ	症状:
16	設問10～13の記載内容はJICA健康管理室へ申告されていますか。	☐はい　☑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ご連絡ください。

※「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