

予防接種歴に関する申告書

Declaration Form of Immunization Record

日本では 2007 年に大学生を中心とする麻疹の大流行のためにキャンパス閉鎖が相次ぎました。そのため、東北学院大学では主要な感染症のワクチン接種および罹患歴を把握するために交換留学生全員にこの申告書への記入をお願いしています。下記の感染症にかかったことがなく、予防接種を受けたことのない方（麻疹にかかったことがなく、かつ予防接種の回数が 0 回または 1 回の方）は予防接種を入国前に済ませて下さい。自国で済ませていない場合には、渡日後すぐに自費（1 回 10,000 円以上）で予防接種を受けて下さい。

*この「予防接種歴に関する申告書」を医師または大学の校医により正確に記入してもらうようお願いいたします。この「予防接種に関する申告書」は日本国査証が発行され次第、速やかに国際交流課へ提出してください。

In 2007, college campuses across Japan were forced to be closed due to the outbreak of measles, exchange students are required to submit this Declaration Form of Immunization Record. If you haven't infected diseases mentioned below nor had vaccinations, you have to receive vaccinations before entering Japan (In case of measles, twice vaccinations is required unless you're infected in the past). If you failed to receive vaccinations in your country, please go to the medical institution in Japan as quickly as possible to receive them on your own expense (e.g. measles vaccination: ¥10,000 or more/ dose).

This form must be completed by a medical physician or your university's physician.

*Please submit this form to International Affairs Office as soon as your Japanese Visa is issued.

参加講座名 (☑してください)	氏名 Name	性別 Sex
<input type="checkbox"/> 日本研究プログラム Japan Study Program	所属大学 University's Name	<input type="checkbox"/> 男 Male
<input type="checkbox"/> 経済学&日本語プログラム Economics & Japanese Program		<input type="checkbox"/> 女 Female

感染症などの病歴について Record of infectious diseases and vaccinations	
以下の感染症の罹患、および予防接種を受けたことがありますか。「はい」の場合は日付を記入して下さい。 Have you ever infected or received following vaccination? If yes, write on dates.	
	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No
麻疹 Measles	第 1 回接種日 1 st round of dose Vaccination Date : / / 第 2 回接種日 2 nd round of dose Vaccination Date : / / 罹患日 Infected Date : / /
風疹 Rubella	接種日 Vaccination Date : / / 罹患日 Infected Date : / /
流行性耳下腺炎 Mumps	接種日 Vaccination Date : / / 罹患日 Infected Date : / /
水痘 Varicella	接種日 Vaccination Date : / / 罹患日 Infected Date : / /
結核 BCG(Bacillus Calmette- Guérin)	接種日 Vaccination Date : / / 罹患日 Infected Date : / /

診断日 Date _____

医療機関名 Name of Institution / Clinic _____

所在地 Address _____

医師氏名 Name of Physician _____

署名 Signature _____