

# Rotary Youth Exchange – Long-Term Exchange

## Section C– AppendixC1( Medical history and Immunization )

Applicant Name 申請者氏名: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth 生年月日: \_\_\_\_\_ AGE 年齢: \_\_\_\_\_ Sex 性別  male 男  female 女

The above applicant has on the date been vaccinated as follows; 予防接種履歴 例 (12th/ May/2017)

Immunization	接種	Date #1	Date #2	Date #3	Date #4	Date #5	Date #6
DPT/DT	ジフテリア、破傷風、百日咳						
Poliovirus	ポリオ						
Measles	はしか						
Rubella	風疹						
Mumps	おたふくかぜ						
Chicken pox (Varicella)	水疱瘡						
Japanese Encephalitis	日本脳炎						
Hib	インフルエンザ桿菌b型						
PCV7	肺炎球菌						
Hepatitis A	A型肝炎						
Hepatitis B	B型肝炎						
Meningococcal MCV4	髄膜炎						
Additional Comments	その他、接種済						

Indicate year when the applicant had the following infectious diseases (or indicate that he or she has not) / 感染性疾患の罹患履歴(年)罹患履歴ない場合;No past history / 無し The antivirus antibody on (Dy/Mo/Yr) if required / 要求ある場合 抗体価および検査日(日/月/年)

Measles HI	はしか	
Rubella HI	風疹	
Mumps EIA	おたふくかぜ	
Chicken pox EIA	水疱瘡	
Others( )	その他、もしあれば	

**Tuberculosis screening: The applicant must present evidence of recent(within 3months) Mantoux/PPD skin test.**  
 結核検査結果: 申請者は最近3ヶ月以内のマントー検査・PPD 検査の結果を提出しなければならない。

Date of screening 診断日 (Dy /Mo /Yr ) Result/diagnosis 診断結果 (Positive 陽性 / Negative 陰性)

**If this result is positive or the applicant received a BCG vaccine, this is to certify that the above applicant has NO Tuberculosis because of the following examination's results** 上記検査結果が陽性の場合または BCG 接種が申請者におこなわれた場合、下記検査により申請者が結核に感染していないことを証明する必要がある。

Examination for tuberculosis 結核検査	Result 診断	Date 診断日
<input type="checkbox"/> Chest X-ray: X 線検査	Positive 陽性 / Negative 陰性	
	Comment 所見	
interferon-gamma release assay: IGRA インターフェロン γ 遊離試験(どちらか)	<input type="checkbox"/> T-SPOT	Positive 陽性 / Negative 陰性
	<input type="checkbox"/> Quanti FERON-TB test(QFT)	Positive 陽性 / Negative 陰性

I, the undersigned, certify that the above Immunization Record is accurate.  
 上記予防接種の履歴および特定の感染性疾患の罹患歴にまちがいないことを証明します。

Physician's Name: 医師氏名 \_\_\_\_\_ STAMP: 診療所または医師の印

Signature 署名: \_\_\_\_\_  
 Physician's address、住所 \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Date of issue; 作成日付 \_\_\_\_\_