

渡航外来 予診票

当クリニック渡航外来へのご予約ありがとうございます。
安全な渡航になるよう、できることを最大限サポートさせていただきます。
安全かつ効率よく渡航前の準備を進めるために以下の質問にお答えください。

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

名 前： _____ 性別： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳

1. 今回の受診の目的を教えてください。

- 予防接種の相談、及び接種 健康診断(渡航前、渡航後)
 マラリア感染症の予防(予防内服を含む) 現地での健康管理についての相談
 その他 (_____)

2. 渡航先はどちらですか？わかる範囲でなるべく詳細に教えてください。

国 名： _____

都市名： _____

* 居住場所が上記と異なる場合や、仕事等で別の場所に滞在する場合はその都市名も教えてください。(都市名： _____)

3. 渡航予定期間をわかる範囲で教えてください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

合計： _____ 年 _____ か月

4. 渡航目的はなんですか？

- 仕事 (仕事の内容： _____)
(同伴家族： _____)
 帰郷
 観光 (一般観光・パッケージツアー・バックパック その他 _____)
 その他 (_____)

5. 滞在先について教えてください。

アパート、マンション ホテル 安宿 親戚・知人宅 その他

* 現地での想定される生活状況をわかる範囲で教えてください。

自宅から医療機関への受診手段とかかる時間 (例) バスで 30 分 + 徒歩で 5 分

(_____)

居住環境(水道、電気、ガス、セキュリティ等は整っているか)

(_____)

6. これまでに海外に長期間、滞在したことはありますか？

はい (場所： _____ 滞在期間： _____)

いいえ

7. 渡航にあたり、健康上心配なことはありますか？

8. 以下の感染症にかかったことはありますか？

麻疹 風疹 おたふく 水痘 該当なし

9. 今回の渡航にあたり予防接種を受けましたか？

はい (種類： _____)

いいえ

10. これから希望される予防接種はありますか？

はい (種類： _____)

いいえ

11. (10 ではいと答えた方にお聞きします。) 仕事で渡航される場合、会社から予防接種や受診に関して金銭的補助はありますか？金銭的補助がある場合は、具体的な内容をわかる範囲で教えてください。

はい (_____)

いいえ

12. これまでの予防接種歴についてなるべく詳細に教えてください。

(子どもの頃に受けたものもわかる範囲でご記入ください)

13. これまでの予防接種で副反応を含め何か症状を認めたことはありますか？具体的に教えてください。

予防接種名： _____

症状： _____

14. 過去の健康診断で指摘された項目や経験された病気、治療中の病気はありますか？

15. 常用している、もしくは現在服用している薬はありますか？

16. アレルギーはありますか？

薬 : _____
食べ物 : _____
その他 : _____

17. アレルギーの有無に関わらず、薬や状況などで体調不良を感じたことがありますか？

18. 嗜好について教えてください。

タバコ 吸ったことがない
 吸う 1日 _____ 本 × _____ 年
 以前吸っていた 1日 _____ 本 × _____ 年、 _____ 年前から禁煙
アルコール 飲まない 飲む (頻度 : _____)
(量 : _____)

19. 女性の方にお聞きします。

(1) 現在、妊娠中ですか？

はい → 妊娠 _____ ヶ月
 いいえ

(2) 現在、授乳中ですか？

はい → 産後 _____ ヶ月、1日 _____ 回授乳している
 いいえ

(3) 近い将来、妊娠することを希望されたり、考えたりしていますか？

はい
 いいえ
 わからない

20. 受診に際し聞きたいことやご希望等があれば教えてください。

ご記入ありがとうございました。

森町家庭医療クリニック

2022. 1. 25