

渡航相談問診票

受診日	年 月 日
氏名	
生年月日	年 月 日
年齢	歳 (月)
性別	男 ・ 女
職業	
会社・学校名	

■ 今回の受診について

・今回の受診目的はなんですか？（複数回答可）

- 相談 () 健康診断・検査 証明書の発行
 予防接種 薬の処方 その他 ()

・相談を選んだ方は、どの位積極的に予防接種や薬の処方を受けようとしていますか？

- すすめられたものはすべて 時間や費用を相談して 必要最低限のみ

・予防接種を選んだ方は、ご希望の予防接種を次の中から選んでください。（複数回答可）

- 麻疹（はしか） 風疹 水痘（水ぼうそう） おたふくかぜ 破傷風
 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風） ポリオ 日本脳炎 A型肝炎
 B型肝炎 狂犬病 髄膜炎菌 腸チフス その他 ()

・薬の処方を選んだ方は、ご希望の薬を次の中から選んでください。（複数回答可）

- マラリア予防薬 高山病予防薬 その他 ()

・今回受診に関する費用は会社・学校などから補助されますか？

- されない 全てされる 一部される ()

■ 健康に関する情報

・既往歴：過去に大きな病気にかかったことがありますか？ 現在、治療中の持病がありますか？

- いいえ はい ()

・薬：現在、内服中・使用中の薬がありますか？

- いいえ はい ()

・アレルギー：食べ物・薬・予防接種などで具合が悪くなったことがありますか？

- いいえ はい (原因： 症状：)

・女性の方へ質問です。現在妊娠していますか？ また、妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい (お薬や予防接種のなかには妊娠中は使用できないものがあります。)

・その他、健康状態に関して担当医に伝えておきたいことがあれば、お書きください。

裏面もご記入ください

■ これまでに受けた予防接種について（予防接種をご希望・ご検討中の方のみ）

・母子手帳などの予防接種記録をお持ちですか？

- はい（診察時に母子手帳などの予防接種記録をお持ちいただき、担当医にお渡しください。）
 いいえ

いいえの方は、これまでに接種したことがあるワクチンがわかれば、次の中から選んでください。

- 麻疹（ ）回 風疹（ ）回 水痘（ ）回
 破傷風（ ）回 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）（ ）回
 ポリオ（ ）回 日本脳炎（ ）回 BCG（ ）回
 A型肝炎（ ）回 B型肝炎（ ）回 狂犬病（ ）回
 髄膜炎菌（ ）回 腸チフス（ ）回 おたふくかぜ（ ）回
 その他（ ）

■ 渡航に関する情報

- ・出国 年 月 日・未定
・帰国 年 月 日・（ ）年（ ）ヶ月間・未定
・途中帰国 なし あり（ ）頃
・渡航先（国名できればと都市名も）：

・渡航目的（複数回答可）

- 観光
 パッケージツアー 個人旅行 バックパック その他（ ）
 仕事（内容： ）
 留学（内容： ） ボランティア（内容： ）
 知人を訪問 家族に同行 その他（ ）

・宿泊先（複数回答可）

- ホテル ゲストハウス 現地の家庭 寮
 その他（ ）

・滞在地域（複数回答可）

- 都市 郊外 農村 リゾート 自然
 その他（ ）

・次のような活動を行う予定がありますか？（複数回答可）

- 屋台・大衆食堂・現地の家庭で食事 風俗・性行為 登山 山野・森林に入る
 川・湖など淡水に入る 動物との接触

・今回の渡航にあたって海外旅行保険に加入している、または加入する予定はありますか？

- はい いいえ

■ アンケートにご協力ください

・今回、当外来をどのようにしてお知りになりましたか？

- 会社の指示 家族・知人のすすめ 他病院の紹介 検疫所・保健所など公的機関の案内
 当院パンフレット 当院ホームページ インターネット検索 Facebook Twitter
 その他（ ）

・当外来では、よりよい医療サービスを提供するため、受診された方の個人情報をご削除した上で、診療情報を集計し、学会に報告するなどの方法で活用しています。支障がございましたらチェックを入れてください。

- 活用を希望しない

質問は以上です。ありがとうございました。