

# 渡航相談問診票

受診日： 20 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

年齢： \_\_\_\_\_ 歳 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) 性別： 男・女

職業： \_\_\_\_\_

会社・学校名： \_\_\_\_\_

## ■ 今回の受診について

・ 今回の受診の目的は何ですか？ (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、どのくらい積極的に予防接種や薬の処方を受けようと考えていますか？

- すすめられたものは全て  時間や費用と相談して  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 ( \_\_\_\_\_ )

・ 今回の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： \_\_\_\_\_ )

・ 女性の方への質問です。現在妊娠していますか？ また妊娠の可能性がありますか？

- いいえ  はい (お薬や予防接種の中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。

- |                                   |  |                                  |                                     |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹（ ）回   | <input type="checkbox"/> 風疹（ ）回                  | <input type="checkbox"/> 水痘（ ）回  | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> 破傷風（ ）回  | <input type="checkbox"/> 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）（ ）回 |                                  |                                     |
| <input type="checkbox"/> ポリオ（ ）回  | <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ ）回                | <input type="checkbox"/> BCG（ ）回 |                                     |
| <input type="checkbox"/> A型肝炎（ ）回 | <input type="checkbox"/> B型肝炎（ ）回                | <input type="checkbox"/> 狂犬病（ ）回 |                                     |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌（ ）回 | <input type="checkbox"/> 腸チフス（ ）回                | <input type="checkbox"/> 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 現地のご家庭 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・現地のご家庭で食事 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（ ）

質問は以上です。ありがとうございました。