国際渡航ワクチン外来初診　事前確認票

記載日：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　血圧：＿＿＿/＿＿＿mmHg

年齢：＿＿＿歳　性別：男性・女性　　脈拍：＿＿＿/分　体温：＿＿＿.＿＿＿℃

電話番号（　　　　－　　　　－　　　　）

メールアドレス（　　　　　　　@　　　　　　　　　　　）

1．本日来院された目的に当てはまる記号に○をしてください。（複数選択可）

a）渡航前の予防接種に関する相談

b）渡航前の健康相談（予防接種なし）

c）渡航前の診断書などの作成

d）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

2．渡航される地域に○をつけてください。

東アジア・東南アジア・南アジア・中東・アフリカ・ヨーロッパ・北米・中南米

＊詳しい国名や都市名が分かればご記入下さい。

国名（　　　　　　）　都市名（　　　　　　）

3．渡航目的はどれですか？

a）6か月以上の（ 駐在 ・ 留学 ・ 観光 ・ その他 ）

b）6か月未満の（ 駐在 ・ 留学 ・ 観光 ・ その他 ）

c）上記以外（　　　　　　　　　　　　　　）

4．出国予定日はいつですか？　　＿＿＿年＿＿月＿＿日＿＿曜日

5．予定滞在期間はいかほどですか？　　　　　　　　場所

＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿

6．今までに海外渡航歴がある場合、その地域と時期について分かる範囲でご記入下さい。

＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿

次のページへ続く

7．当院「海外渡航外来」を知るきっかけとなったものに○をつけて下さい。

□知人の紹介　□他院の紹介　□当院の総合案内　□当院の掲示物
□ホームページ　□旅行会社の紹介　□保健所の紹介　□検疫所の紹介
□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

8．今までに当院のような渡航外来（旅行外来、トラベルクリニック）を受診したことがありますか？

□はい　□いいえ
医療機関名（　　　　　　　　　　　　）

9．マラリア予防薬やその他の内服薬の処方を希望しますか？ただし、この場合は保険診療（3 割負担）ではなく自費診療（10 割負担）となります。

□　希望する　□　希望しない

１０．　今までにかかった病気やケガ、現在治療中の病気、手術の有無などについてチェックして下さい。

□　なし
□　あり　□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□がん　□喘息
□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□皮膚病　□感染症
□精神疾患　□手術　□その他（　　　　　　）

１１．　今までに薬や食品で発疹やアレルギー、具合が悪くなったことはありますか？

薬剤または食品名（　　　　　　　　　　　　　）
その時の身体の状態（　　　　　　　　　　　　）

１２．　現在、定期的に内服されているお薬があればご記入下さい。

１３．　(ご婦人の方に)妊娠またはその可能性がありますか？　□はい　□いいえ

１４．　今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？

□はい　□いいえ
予防接種の種類（　　　　　　　　　　　　）
その時の症状（　　　　　　　　　　　　）

１５．　この 4 週間以内に予防接種を受けたことがありますか？

□はい　□いいえ
ある場合は接種内容について下記に記載して下さい。
□A 型肝炎　□B 型肝炎　□破傷風　□日本脳炎　□狂犬病
□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

りんくう総合医療センター