

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：_____ 年齢：_____歳 性別： 男性 ・ 女性

血圧：_____/____ mmHg 脈拍：_____/分 体温：____.____℃ (受診当日)

16歳未満の場合は体重：_____Kg

電話番号 (_____ - _____)

メールアドレス※必須 (_____ @ _____)

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 _____

7. 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

