

Questionnaire for first visit outpatients who will have travel vaccination

国際渡航ワクチン外来初診 事前確認票

Date : Year _____ Month _____ Date _____

Name 氏名 : _____

Age 年齢 : _____ 歳 y/o Gender 性別 : M 男性 ・ F 女性

Bp : ____ / ____ mmHg P : ____ /min T : ____ . ____ °C (The day of consultation 受診当日)

Weight for the patient who is under 16 16歳未満の場合は体重 : _____ Kg

Telephone Number (_____ - _____)

E-mail Address ※required 必須 (_____ @ _____)

1. Please circle the purpose of your visit. (Circle all that apply.)

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) Consultation related to immunization before going overseas.
渡航前の予防接種に関する相談
- b) Health consultation (aside from immunization) before going overseas.
渡航前の健康相談 (予防接種なし)
- c) Request for a medical document such as doctor's medical report.
渡航前の診断書などの作成
- d) Others その他 (_____)

2. Please circle your country of destination.

渡航される地域に○をつけてください。

East Asia / Southeast Asia / South Asia / Middle East / Africa / Europe / North America / Central and South America

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

* If you know the name of the country and city to visit, please indicate.

詳しい国名や都市名が分かればご記入下さい。

Country (_____) City (_____)

3. What is the purpose of your travel? 渡航目的はどれですか？

- a) More than 6-month (residency ・ studying ・ sightseeing ・ other)
6か月以上の (駐在 ・ 留学 ・ 観光 ・ その他)
- b) Less than 6-month (residency ・ studying ・ sightseeing ・ other)
6か月未満の (駐在 ・ 留学 ・ 観光 ・ その他)
- c) Other その他 (_____)

4. Date of departure from Japan. Year ____ Month ____ Date ____
 出国予定日はいつですか？

5. Scheduled period of travel. 予定滞在期間はいつまでですか？

Year	Month	Date	~Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	~Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	~Year	Month	Date	Place

6. If you have traveled overseas, please indicate the country and periods of stay.
 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。

Year	Month	Date	~Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	~Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	~Year	Month	Date	Place

7. Do you require prescription for anti malaria or other oral medications? As they are not covered by insurance, you will be charged 100% at your own cost.

マラリア予防薬やその他の内服薬の処方希望しますか？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。

I require 希望する I don't require 希望しない

8. How did you know our "travel clinic" ?

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。

- Referred by a friend 知人の紹介 Referred by other hospital 他院の紹介
 At the hospital general information counter 当院の総合案内
 Posted information 当院の掲示物 Hospital Website ホームページ
 Referred by travel agency 旅行会社の紹介
 Referred by public health center 保健所の紹介
 Referred by quarantine 検疫所の紹介 Others その他()

9. Have you ever had any of the condition listed below?

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。

- No なし
 Yes あり leukemia 白血病 Cancer がん
 under chemotherapy 抗がん剤治療中である
 under steroid therapy (mg/day) ステロイド療法を受けている
 congenital immunodeficiency 先天性免疫不全症
 acquired immunodeficiency 後天性免疫不全症

15. Have you seen a doctor for bad physical condition within 4 weeks prior to this vaccination?

今回のワクチン接種予定日の4週間以内に体調不良で受診しましたか？

No いいえ Yes はい

Symptom ()

16. Have you had or had contact with measles, rubella, mumps or varicella within 1 month?

今回のワクチン接種予定日から1か月以内に、麻疹（はしか）、風しん、おたふく風邪、水ぼうそう、その他の感染性疾患に罹ったまたは接触しましたか。

No Yes (Had the disease 罹患 / contact with the disease 接触のみ)

Date: Year Month Date (Name of Disease)