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 4	耳齢:歳 y/o Gender 性	生別:M 男性 ・F纟	丈性				
Bp:	/mmHg P :/min T Weight for the patient who is uno						
Telep	hone Number (–	—)	_	3			
E-ma	il Address ※ required 必須 (@)			
	lease circle the purpose of your vis 、日来院された目的に当てはまる記号に〇	•					
ā) Consultation related to immuni 渡航前の予防接種に関する相談	zation before going	overseas.				
Ł) Health consultation (aside from 渡航前の健康相談(予防接種なし)	immunization) befo	ore going ove	erseas.			
C) Request for a medical documen 渡航前の診断書などの作成	t such as doctor's r	nedical repor	t.			
C) Others その他 ()				
	ease circle your country of destina 航される地域に○をつけてください。	ition.					
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。						
C		City ()	1			
	'hat is the purpose of your travel?) More than 6-month (residency			other)			
	・ 6か月以上の(駐在 ・ 留学 ・ 勧	· こ こ 乳光 · その他)	2				
Ł)Less than 6-month(residency 6 か月未満の(駐在 ・ 留学 ・ 着	, , , ,	seeing ∙ ot	her)			
c) Other その他()					

- 4. Date of departure from Japan. Year Month Date Date 出国予定日はいつですか?
- 5. Scheduled period of travel. 予定滞在期間はいかほどですか?

Year	Month	Date	\sim Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	\sim Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	\sim 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	\sim Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	\sim Year	Month	Date	Place
Year	Month	Date	\sim 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。
 - □ I require 希望する □ I don't require 希望しない
- 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

- □ have received or under treatment for Thymus disorder 胸腺疾患で治療をうけた又は治療中
- after organ transplantation 臓器移植後である
- □ taking immunosuppressive drug 免疫抑制剤を服用している
- Convulsive seizure けいれん発作をおこしたことがある
- □ Asthma 喘息 □ Hypertension 高血圧 □ Diabetes 糖尿病
- □ Hyperlipidemia 脂質異常症(高脂血症) □ Heart diseases 心臓病
- □ Kidney diseases 腎臓病 □ Liver diseases 肝臓病
- □ Mental diseases 精神疾患 □ Surgeries 手術 □ Others その他()
- Please write down the name of medications, you are currently taking. 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。
 (
- 11. Have you had an allergic reaction or ever felt sick after having egg, jelly, other foods or vaccination?
 今までに卵・ゼリー、その他の食品または薬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?
 No なし □ Yes あり
 If yes, Please specify the name of food or medicine. 食品名、薬剤
 ()
 Please describe the symptoms. その時の身体の状態
 ()
- 12. (For women:) Are you pregnant or is there a possibility that you are pregnant?
 (ご婦人の方に)妊娠またはその可能性がありますか?
 No いいえ □ Yes はい
- Have you received any vaccination within 4 weeks?
 今回のワクチン接種予定日の4週間以内に予防接種を受けましたか?
 - 🗆 No いいえ
 - 🗌 Yes (‡ເາ
 - □ measles 麻しん □ rubella 風しん □ 水痘 □おたふく風邪 □麻しん・風しん混合
 □ ロタ □ BCG □ A 型肝炎 □ B 型肝炎 □ 破傷風 □ 日本脳炎 □ 狂犬病
- Do you have plan to have a vaccination within 4 weeks?
 今回のワクチン接種後の4週間以内に予防接種予定がありますか?
 - No いいえ □ Yes はい

)

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、麻しん(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)