

トラベルクリニック 予診票

平成 年 月 日

Information for Pre-Travel Consultation

Date: / /

フリガナ		性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> Female
氏名 Name		生年月日 Date of birth		年齢 Age
ローマ字	*パスポートのつづりと同じであること。ブロック体で記入すること。			
電話番号 Phone.no		メールアドレス E-mail address		
ご本人に連絡がつかない場合の連絡先 Another person to contact, in case of emergency				
氏名 Name		ご関係 Relationship		電話番号 Phone.no

以下の質問項目にお答えください。Please answer the following questions.

受診目的

Purpose of visit to the travel clinic

- 健康診断(渡航前、渡航後) 予防相談 その他 ()
 Health Checkup Pretravel Consultation Others ()

渡航先はどちらですか? Where is your destination?

国名 Country Name	都市名 City Name	期間 Date of departure / Date of return
		/ / ~ / /
		/ / ~ / /
		/ / ~ / /
		/ / ~ / /

渡航予定期間 合計:約 () 年 () ヶ月 () 日
 Travel Schedule Total : year month day

一時帰国予定 Will you come back to Japan periodically? なし No あり Yes

渡航目的は何ですか? What is your main purpose of the travel?

- 仕事 Bussiness (仕事の内容 What kind of activity?)
 同伴家族 Acompany as a family member 留学 Study/Research/Education
 帰郷 Visiting Friend and Relatives ボランティア Volunteer work
 観光 Sightseeing
 (一般観光・パッケージツアー・バックパック・登山・サファリ・ラフティング・その他)

If sightseeing (Tourism / Package tour / Back-pack travel / Mountain-climbing / Safari / Lafting / Others)

滞在先 アパート/Rental house or room ホテル/Hotel 安宿/Guesthouse
 Acommodation 親戚・知人宅/Relative's or friend's house その他/Others

海外に住んだ(長期に滞在した)ことはありますか? なし No あり Yes
 Have you ever stayed in foreign countries?

() 年 ~ () 年 国名 Country Name ()
 Duration Year to Year

渡航にあたり、健康上心配なことはありますか? なし No あり Yes
 Do you have any health concerns? ()

以下の感染症に罹ったことはありますか? Have you suffered from the following infectious diseases?

- 麻疹 Measles 風疹 Rubella おたふく Mumps 水痘 Varicella

裏面もご記載下さい Continued on Reverse Side

今回の渡航にあたり予防接種を受けましたか？ Have you received the following vaccines?

- いいえ No
 はい Yes

A型肝炎・B型肝炎・破傷風・狂犬病・日本脳炎
腸チフス・髄膜炎菌・ダニ脳炎・黄熱・その他

Hepatitis A, Hepatitis B, Tetanus, Rabies, Japanese encephalitis
Typhoid fever, Meningococcus, Tick-borne encephalitis, Yellow fever, Others

これから希望される予防接種はありますか？ Do you have plan to receive the following vaccines?

- いいえ No
 はい Yes

A型肝炎・B型肝炎・破傷風・狂犬病・日本脳炎
腸チフス・髄膜炎菌・ダニ脳炎・黄熱・その他

Hepatitis A, Hepatitis B, Tetanus, Rabies, Japanese encephalitis
Typhoid fever, Meningococcus, Tick-borne encephalitis, Yellow fever, Others

予防接種以外で相談したいことはありますか？ ありましたらお書きください。

Do you have any specific questions you would like to ask during the consultation?

- マラリア予防薬処方 Prophylactic drugs for Malaria
 高山病予防薬処方 Prophylactic drugs for Acute Mountain Sickness (altitude illness)
 その他 Others ()

過去に健康診断で指摘された項目や経験された病気、現在、治療中の病気などはありますか？

Had (Have) you been diagnosed as any of following diseases?

- なし No
 あり Yes
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 Hypertension | <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes | <input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 Heart disease | <input type="checkbox"/> 肝臓病 Hepatic disease | <input type="checkbox"/> 神経疾患 Neurologic disease |
| <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 Skin disease | <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma | <input type="checkbox"/> 精神疾患 Psychiatric disease |
| <input type="checkbox"/> アレルギー Allergy | <input type="checkbox"/> 感染症 Infectious disease | <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 Endocrine disease |
| <input type="checkbox"/> 手術 Surgery () | | |
| <input type="checkbox"/> その他 Others () | | |

常用している・現在服用している薬はありますか？ Do you regularly take any prescribed drugs?

- なし No
 あり Yes 薬剤名 Name of drugs, if any ()

嗜好についてお答えください。 Do you have (Have you had) smoking or drinking habits?

タバコ Tabacco 吸わない No
 吸う Yes 一日 () 本 () 年間
/day years

アルコール Alcohol 飲まない No
 飲む Yes 頻度: 毎日 週 () 量: () ml
everyday /week () ml

薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？

Have you ever had an allergic reaction to foods or durgs?

- なし No 食品名 Name of food: ()
 あり Yes 薬剤名 Name of drug: ()