

# トラベルクリニック予診票 Medical questionnaire



Date(西暦) : *yyyy* *mm* *dd*

|                   |                    |  |                        |   |          |
|-------------------|--------------------|--|------------------------|---|----------|
| 診察券番号 Hospital ID |                    |  | 年                      | 月   | 日        |
| フリガナ              |                    |  | 性別 Gender              | <input type="checkbox"/> 男性 Male <input type="checkbox"/> 女性 Female |          |
| 氏名 Name           |                    |  | 生年月日 Date of birth     | <i>yyyy</i> 年 <i>mm</i> 月 <i>dd</i> 日                               | 年齢 Age 歳 |
| ローマ字表記            | ※パスポートの表記をブロック体で記入 |  |                        |   |          |
| 電話番号 Phone        |                    |  | メールアドレス E-mail address |   |          |

緊急連絡先(ご本人以外) Emergency contact

|         |  |                      |  |            |  |
|---------|--|----------------------|--|------------|--|
| 氏名 Name |  | ご本人との関係 Relationship |  | 電話番号 Phone |  |
|---------|--|----------------------|--|------------|--|

## ■ 受診の目的 Purpose of visit to the Travel Clinic

- 渡航前・帰国後の健康診断 Health checkup       渡航前の予防相談 Pre-travel consultation  
 予防接種・予防薬 Vaccination / Prophylaxis drug       診断書・証明書を作成 Medical certificate  
 その他 Others⇒ ( )

## ■ 渡航先 Destination

| 国 Country | 都市 City | 出発日～帰国日 Departure/Return (西暦 Date <i>yyyy/mm/dd</i> ) |
|-----------|---------|---|
|           |         | 年 月 日 ~ 年 月 日   |
|           |         | 年 月 日 ~ 年 月 日   |
|           |         | 年 月 日 ~ 年 月 日   |

## ■ 渡航の主な目的 Main purpose of the travel

- 仕事 Business       海外赴任の帯同 Accompany as a family       ボランティア活動 Volunteer work  
 留学・研究 Study / Research / Education       帰郷 Visiting friends and relatives / Return to home  
 観光 Sightseeing :  
 一般観光 Tourism       パッケージツアー Package tour       バックパック旅行 Backpack trip  
 山歩き・登山 Hiking / Trekking / Climbing       サファリ旅行 Safari  
 水辺のスポーツやレジャー Water Sports / Leisure :  
 海水 Seawater       淡水 freshwater (河川・湖・池など river / lake / pond)  
 その他 Others⇒ ( )

## ■ 滞在先 Place to stay

- ホテル Hotel       親戚・友人・知人宅 Relative's or Friend's house       ゲストハウス Guesthouse  
 寮 Dormitory       その他 Others⇒ ( )

## ■ 外国に住んだこと (1年以上の滞在経験) はありますか?

Have you ever stayed in foreign countries for more than one year?

- ない No       ある Yes⇒国Country ( )

## ■ 喫煙・飲酒 Drinking / Smoking

- タバコ Tobacco :  吸わない No       吸う Yes⇒ 一日に約( )本 ( )piece/day  
 酒類 Alcohol :  飲まない No       飲む Yes⇒ 毎日/週に約( )回 ( )time/every day or week

## ■ 服用中の処方薬はありますか? Do you regularly take any prescribed drug?

- ない No  
 ある Yes⇒(薬剤名 Drug name: )

氏名(カタカナ)  
Name

Today's yyyy 年 mm 月 dd 日  
Date(西暦):

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

受けていない No

受けた Yes⇒A 型肝炎 Hepatitis A B 型肝炎 Hepatitis B 狂犬病 Rabies 破傷風 Tetanus

ジフテリア・百日咳・破傷風 T-dap (DPT) 日本脳炎 Japanese encephalitis

その他 Others ( )

■ 予防接種のご希望は? Do you need the following vaccinations?

ない No

希望する Yes⇒A 型肝炎 Hepatitis A B 型肝炎 Hepatitis B 狂犬病 Rabies 破傷風 Tetanus

ジフテリア・百日咳・破傷風 T-dap (DPT) 日本脳炎 Japanese encephalitis

ダニ脳炎 Tick-borne encephalitis 腸チフス Typhoid fever 髄膜炎菌 Meningococcus

ポリオ Polio 帯状疱疹 Herpes zoster / Shingles ヒトパピローマウイルス HPV

麻疹 (はしか) Measles おたふくかぜ Mumps 風疹 (三日はしか) Rubella

水痘 (水ぼうそう) Varicella / Chickenpox 黄熱 Yellow fever

その他 Others ( )

■ 予防接種以外のご相談は? Is there any consultation besides vaccinations?

ない No

マラリア予防薬の処方 Prophylaxis drugs for Malaria

高山病予防薬の処方 Prophylaxis drugs for Acute Mountain Sickness (altitude illness)

その他 Others⇒ ( )

■ 感染症以外の病歴 Medical history other than infectious diseases

ない No

ある Yes⇒下記から番号をお選びください。Please select numbers below.

治癒した傷病 Past⇒ ( )

手術歴あり Surgery⇒ ( )

通院中/経過観察中 Present⇒ ( )

① 高血圧症 Hypertension ② 糖尿病 Diabetes ③ 脂質異常症 Dyslipidemia

④ 動脈硬化症 Arteriosclerosis ⑤ 循環器系の疾患(心臓病) Cardiovascular disease / Heart disease

⑥ 脳血管系の疾患 Cerebrovascular disease ⑦ 神経系の疾患 Neurologic disease

⑧ 気管支喘息・呼吸器系の疾患 Asthma / Respiratory disease ⑨ 血液疾患 Blood disease

⑩ 消化器系の疾患 Digestive disease ⑪ 筋骨格系の疾患 Musculoskeletal diseases

⑫ リウマチ性疾患 Rheumatic disease ⑬ 腎臓・泌尿器系の疾患 Renal / Urological disease

⑭ 眼疾患 Eye diseases ⑮ 皮膚疾患 Skin disease ⑯ 精神疾患 Mental disease

⑰ 癌 Cancer ⑱ 婦人科系の疾患 Gynecological disease

⑲ その他 Others ( )

■ アレルギー Allergy

ない No

アナフィラキシーを起こしたことがある。I have had anaphylaxis before.

食物 Food⇒ ( )  薬剤 Drug⇒ ( )

その他 Others⇒ ( )

■ 女性の方のみ Female only

妊娠中ですか?(妊娠の可能性あり) Are you pregnant, or possibly pregnant?  いいえ No  はい Yes

現在、生理(月経)の期間ですか? Are you menstruating?  いいえ No  はい Yes