

東京医科大学病院 渡航者医療センターを初めて受診される方へ

受診予約日： 年 月 日

以下の情報は当院での受診についてのみ利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

フリガナ 氏名	生年月日	西暦(例:2020.1.1)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	
ローマ字	パスポートのつづりと同じであること ブロック体で記入してください					
連絡先	自宅電話番号:	緊急連絡先(携帯電話番号):				

※をクリックするとチェックが入ります。

1. 東京医科大学病院 渡航者医療センターで希望するサービスをお答えください。

- ① ワクチン 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 黄熱 その他 ()
- ② 薬の処方 マラリア予防薬
 高山病予防薬
 その他 ()
- ③ 健康診断 赴任前健康診断 帰国時健康診断 留学前健康診断
- ④ 検査 コロナPCR検査
- ⑤ その他に希望するサービスがあればご記入ください。
()

2. あなたの渡航に関する情報をご記入ください。

- ① 渡航先 (国名・都市名:)
- ② 滞在期間 (計:約 年 ・ か月 ・ 日)
(出国 年 月 日 ~ 帰国 年 月 日)
- ③ 複数の国や地域を渡航される場合は、各渡航先と滞在期間を具体的にご記入ください。
()
- ④ 渡航目的をご記入ください。(カッコ内のご記入は任意です)
- 仕事(国内の派遣元:)
- 配偶者や親の赴任に帯同(赴任者の派遣元:)
- 観光(旅行会社のツアー・個人旅行:)
- 留学(国内の所属:)
(留学する学校名:)
- その他 ()
- ⑤ 現地での活動をご記入ください。(該当する場合)
- 野外活動・キャンプ 登山・トレッキング ダイビング

3. その他、事前に伝えておきたい情報があれば、自由にご記入ください

()

4. 東京医科大学病院 渡航者医療センターを知った経緯をお答えください

- 会社からの紹介・会社の指示 知人の紹介 旅行会社の紹介
- 他病院の紹介 インターネット 広告・雑誌など
- その他 ()

5. あなたの健康に関する以下の質問について、お答えください。

① 最近、体調で悪いところがありますか？ はい・ いいえ
「はい」の方は具体的な症状や病名をご記入ください。
()

② 現在、治療中や経過観察中の病気はありますか？ はい・ いいえ
「はい」の方は病気の名前をご記入ください。()
薬を服用している方は薬の名前をご記入ください。()

③ ②に記載した病気以外で、今までに、大きな病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液・免疫不全
など)にかかったことはありますか？ はい・ いいえ
「はい」の方は病気の名前をご記入ください。()

④ 今までに「ひきつけ(けいれん)」をおこしたことがありますか？ はい・ いいえ

⑤ 薬や食べ物(卵や鶏肉など)でアレルギーをおこしたことはありますか？ はい・ いいえ
「はい」の方は具体的な薬や食べ物の名前をご記入ください
()

⑥ アルコール綿でかぶれたことはありますか？ はい・ いいえ

⑦ 輸血を受けたことがありますか？ はい・ いいえ

⑧ あなたの生活習慣をお答えください。

1) タバコ : 吸わない 1~20本/日 20本/日以上

2) アルコール : 飲まない 時々飲む 毎日飲む

3) 運動 : 特にやっていない 時々やっている 定期的にやっている

⑨ あなたの親兄弟で下記の病気にかかった方がいれば、お答えください。

悪性腫瘍・ 高血圧・ 糖尿病・ 高脂血症・ 脳血管障害・ 心臓病

⑩ 女性の方のみお答えください。

1) 現在、生理中ですか？ はい・ いいえ・ 閉経

2) 妊娠の可能性はありますか？ はい・ いいえ

6. その他、健康状態で医師に伝えておきたいことがあれば、自由にご記入ください。

()

➤ 予防接種を受ける方は下記もお答えください。

* これまでに、予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか？ はい・ いいえ

「はい」の方はワクチンの名前をご記入下さい。(ワクチン名:)

* 最近、1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ はい・ いいえ

「はい」の方は、ワクチンの名前をご記入ください。(ワクチン名:)