**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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　初診予約日：　　　　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 | [ ]  男[ ]  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ご記入ください。
	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 (　 　　　 　　)

* 1. 薬の処方　 [ ]  マラリア予防薬

 [ ]  高山病予防薬

 [ ]  その他 (　　　　　　　　　　)

* 1. 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
	2. コロナPCR検査　[ ]  PCR検査　[ ]  健康証明書(診察及び証明書)
	3. その他に希望するサービスがあればご記入ください。

 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

1. 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　)

* 1. 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。

　　　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)

* 1. 渡航目的（カッコ内の記載は任意です）

[ ]  仕事 (国内の派遣元をご記入ください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

[ ]  配偶者や親の赴任に帯同（赴任者の派遣元をご記入ください：　　　　　　　　　）

[ ]  観光 (旅行会社のツアーか個人旅行かをご記入ください：　　　　　　　　　　　)

[ ]  留学 （国内の所属をご記入ください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

(留学する学校名がわかればご記入ください： 　　　　　　　　　　　　　 )

[ ]  その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　)

* 1. 現地での活動（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ご記入ください。

[ ]  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 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

レジリエンス外来問診票

記入日：西暦　　　　年　　月　　日

氏名：

※□をクリックするとチェックが入ります。

1. **レジリエンス外来でお話になりたいことをご記入ください。**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **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。**
2. 心療内科・精神科を受診したことはありますか？

[ ]  なし　[ ]  あり（病名　　　　　　　　　　　　、（　　　　歳））

1. その他に、現在治療中の病気はありますか？

[ ]  なし

[ ]  あり（[ ]  糖尿病　[ ]  高血圧　[ ]  高脂血症　[ ]  甲状腺の病気　[ ]  その他(　　　　　　)）

現在服用中の薬があれば、記載してください。（薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 過去に大きな病気をしたことがありますか？

[ ]  なし　[ ]  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　、（　　　　歳））

1. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

[ ]  なし　[ ]  あり（[ ]  薬剤（　　　　 　　　）、[ ]  その他（　　　　　　　））

1. **生活習慣や体調について、ご記入ください。**

飲酒：[ ]  しない　[ ]  する（ 頻度：　　　　日/週、内容：　　　　　　を　　　　ml程度 ）

喫煙：[ ]  しない　[ ]  する（ 1日あたりの本数　　　本 ）

睡眠：平均　　　　　時間

最近３ヶ月の体重変化：[ ]  なし　[ ]  あり（[ ]  増えた　＋　　 　㎏、[ ]  減った　－　　 　㎏）

運動習慣：[ ]  なし　[ ]  あり（何を　　　　　　　　　　どの程度の頻度で　　　　　　　　）

趣味や気晴らしにしていること：[ ]  なし　[ ]  あり（ 具体的に：　　　　　　　　　　　 ）

1. **ご自身の性格について、当てはまると思うものすべてにチェックをしてください。**

[ ]  社交的　[ ]  内向的　[ ]  陽気　[ ]  まじめ　[ ]  几帳面　[ ]  おおざっぱ　[ ]  マイペース

[ ]  人に気をつかう　[ ]  楽観的　[ ]  心配性　[ ]  あがり症　[ ]  凝り性　[ ]  短気　[ ]  気が長い

[ ]  責任感が強い

1. **教育・職業歴についてご記入ください。**

最終学歴：[ ]  中学　[ ]  高校　[ ]  専門学校　[ ]  大学　[ ]  大学院

現在の職業：

不登校歴はありますか？：[ ] なし　[ ] あり

休職の経験はありますか？：[ ] なし　[ ] あり

1. **異文化経験について、ご記入ください**

３ヶ月以上の海外滞在経験：[ ]  なし　[ ]  あり（[ ]  　　　　　　　　　）

英語の習得レベル：[ ]  上級　[ ]  中級　[ ]  初級　[ ]  未習得

現地の言語の習得レベル：[ ]  上級　[ ]  中級　[ ]  初級　[ ]  未習得

1. **その他、医師に伝えておきたいことがあれば、ご自由に記入してください**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）