**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**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）