

## 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	<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):			

- 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。
  - 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 ( )
  - 薬の処方  マラリア予防薬  
 高山病予防薬  
 その他 ( )
  - 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
  - コロナPCR検査  PCR検査  健康証明書(診察及び証明書)
  - その他に希望するサービスがあればご記入ください。  
( )
- あなたの渡航に関する情報をご記入ください。
  - 渡航先 (国名・都市名: )
  - 滞在期間 (計: 約 年 ・ 月 ・ 日)  
(出国 年 月 日 ~ 帰国 年 月 日)
  - 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記入ください。  
( )
  - 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 ( )
  - 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
- 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。  
( )
- 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

企業名： 部署：

氏名：

以下の項目について、ご記入をお願いいたします。いただいた個人情報は厳重に管理し、健康状態の把握、赴任前チェック面談報告書の作成などに利用させていただきます。  
本情報の内容は、ご本人の同意なくご勤務先にお伝えすることはありません。（ただし、あなたの健康が著しく損なわれる恐れがある場合はこの限りではありません）

1) 生活習慣や体調について

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 + kg、 減った - kg）

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：）

過去の病気：  なし  あり（、（ 歳）

現在治療中の病気：  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：  なし  あり（薬剤名）

アレルギー歴：  なし  あり（ 薬剤（）、 その他（））

2) 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）

- 社会的  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

3) 教育・職業歴について

最終学歴：  中学  高校  専門学校  大学  大学院

現在の勤務先は、入社後何年経ちますか？ 年

転職歴  なし  あり（回）

過去5年間の休職歴：  なし  あり（理由、期間）

4) ご家族について

現在同居しているご家族はいらっしゃいますか？

いない

いる（続柄と年齢を記載してください：\_\_\_\_\_）

5) 赴任による変化について

下記の項目の中で、渡航後に変化のあるものにチェックをしてください。

職位  職務内容  部下の数

同居する家族の構成（赴任先の同居家族：\_\_\_\_\_）

（配偶者がいる場合）配偶者の職業（\_\_\_\_\_）

（お子さんがいる場合）子の通学先：

（\_\_\_\_\_）

6) 現地の事情

現地勤務先の社内における日本人数： 5人以上  2～4人  自分のみ

現地の規模： 都市  小さな町・村

現地の言語： 英語  その他（\_\_\_\_\_）

7) 異文化経験について

3ヶ月以上の渡航経験： あり（ 今回の渡航先  その他\_\_\_\_\_）  なし

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

8) その他、医師に伝えておきたいことがあれば、ご自由に記入ください

（\_\_\_\_\_）