

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):			

※にチェックを入れてください。

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書きください。

- 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記入してください。
()

2. あなたの渡航に関する情報をお書きください。

- ① 渡航先 (国名・都市名:)
- ② 滞在期間 (計: 約 年 ・ 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お書きください。
()
- ④ 渡航目的(カッコ内の記載は任意です)
- 仕事(国内の派遣元を記載ください:)
- 配偶者や親の赴任に帯同(赴任者の派遣元を記載ください:)
- 観光(旅行会社のツアーか個人旅行かを記載ください:)
- 留学(国内の所属を記載ください:)
(留学する学校名がわかれば記載ください:)
- その他 ()
- ⑤ 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お書きください

- 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書いてください。
()
- 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書いてください。()
薬を服用している方は薬の名前を書いてください。()
- 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書いてください。()
- 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書いてください
()
- 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、お書きください。
 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？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方はワクチンの名前を書いて下さい。(ワクチン名：)	()
* 最近、1ヶ月以内に予防接種を受けましたが？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方は、ワクチンの名前を書いてください。(ワクチン名：)	()