**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 | | 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 (　 　　　 　　)

* 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. 検査　　　　 コロナPCR検査
  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 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　)

* 1. 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、体調で悪いところはありますか？　　　　　　　　　　 　　　  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。　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　)

1. 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。(　　　　　　　　　　　　　 　　　)

1. 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。　(　　　　　　　　　 　　　　　　　　)

1. 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
2. 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　)

1. アルコール綿でかぶれたことはありますか？　　　　　　　　　　　　  はい ・ いいえ
2. 輸血を受けたことがありますか？　 　 　  はい ・ いいえ
3. 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

1. 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

1. 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が？ | | 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：　　　　　　　　　 　　) | |