

## 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	<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):				

※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 ( )
- 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ご記入ください。  
( )

2. 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)
- 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ご記入ください。  
( )
- ④ 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 ( )
- ⑤ 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ご記入ください。  
( )

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。( )

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ご記入ください。( )

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ご記入ください  
( )

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

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？  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: )