

渡航外来 問診票

お名前をローマ字でパスポートと同じ表記でご記入ください。

姓 _____ 名 _____ (年齢 _____ 歳)

<p>• 渡航目的で該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>観光 <input type="checkbox"/>商用 <input type="checkbox"/>人道支援 <input type="checkbox"/>友人/親戚訪問 <input type="checkbox"/>留学 <input type="checkbox"/>帯同</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>• 特別な活動で該当する項目にチェックをいれてください。</p> <p><input type="checkbox"/>キャンプ <input type="checkbox"/>ダイビング <input type="checkbox"/>登山 <input type="checkbox"/>洞窟探検 <input type="checkbox"/>ラフティング <input type="checkbox"/>災害救助</p> <p><input type="checkbox"/>世界一周 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>• 出発日はいつですか? (_____)</p>
<p>• 渡航期間をご記入ください。 (_____)</p>
<p>• 渡航先をご記入ください。 (_____)</p>
<p>• 当院の渡航外来をどのようにして知りましたか。</p> <p><input type="checkbox"/>知人の紹介 <input type="checkbox"/>他院の紹介 <input type="checkbox"/>当院受付 <input type="checkbox"/>ウェブサイト <input type="checkbox"/>検疫所の紹介</p> <p><input type="checkbox"/>保健所の紹介 <input type="checkbox"/>会社の紹介 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>* 過去に罹られた感染症を○で囲んでください。</p> <p><input type="checkbox"/>麻疹 <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>A型肝炎 <input type="checkbox"/>B型肝炎 <input type="checkbox"/>デング熱 <input type="checkbox"/>腸チフス</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>* 現在の健康状態はいかがですか。 <input type="checkbox"/>良い <input type="checkbox"/>悪い</p>
<p>* 現在使っているお薬がありましたらご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>* アレルギーがありましたら該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>卵 <input type="checkbox"/>ゼラチン <input type="checkbox"/>抗生物質 <input type="checkbox"/>ラテックスゴム</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>* これまでに入院や手術をされたことがあればご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>* 不安症やうつ症状はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (飲んでいる薬 _____)</p>
<p>* 女性の方は該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>3か月以内に妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中</p>