問診票（トラベルクリニック）

ID
Scan ☐
Ns ☐

氏名（カナで）：

性別：男・女 → 妊娠していない・妊娠中（　　週）・授乳中

年齢：＿＿＿歳

体温（＿＿＿＿.＿＿＿）℃　渡航先：国名＿＿＿＿＿＿＿＿　都市名＿＿＿＿＿＿＿＿

目的：観光・赴任・留学・ほか（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

宿泊・滞在先：ホテル・ホームステイ（日本人・地元の人）・賃貸マンションや家

その他（＿＿＿＿＿＿＿）

渡航日：＿＿＿年＿＿月＿＿日　～　期間（＿＿＿年・月・週・日）

小児期に接種したワクチンもしくは罹患した病気

☐3種混合　☐2種混合　☐B型肝炎　☐日本脳炎　☐ポリオ　☐肺炎球菌　☐ヒブ

☐麻疹　☐風疹　☐おたふく　☐水痘

成人後に接種したワクチンもしくは罹患した病気

☐破傷風　☐A型肝炎　☐B型肝炎　☐日本脳炎　☐腸チフス　☐狂犬病　☐髄膜炎菌

☐肺炎球菌　☐麻疹　☐風疹　☐おたふく　☐水痘

今回、接種を希望するワクチンおよび処方を希望する内服薬

☐破傷風　☐A型肝炎　☐B型肝炎　☐日本脳炎　☐腸チフス　☐狂犬病　☐髄膜炎菌

☐肺炎球菌　☐麻疹　☐風疹　☐おたふく　☐水痘

☐高山病予防薬　☐マラリア予防薬　☐乗り物酔いどめ

☐ワクチン接種手帳　ほか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

いままでにかかったことのある病気（◯をつけて下さい）

なし・狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常

うつ病・癌・バセドウ病・アレルギー（薬剤・花粉・食物・金属・アトピー）

デング熱・

詳細・その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療中の薬剤名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

渡航経験　なし・あり（行き先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

注射で気分が悪くなったことがありますか？　はい・いいえ