

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