

トラベルクリニック 予診票 (帯同者用) (西暦) 年 月 日

Information for Pre-Travel Consultation Date : / /

診察券番号ID #					
フリガナ		性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性 Male	<input type="checkbox"/> 女性 Female	
氏名 Name		生年月日 Date of birth		年齢 Age	
ローマ字		*パスポートのつづりと同じであること。ブロック体で記入すること。			
帯同保護者名 Name of accompanying guardian		*同じ渡航過程の1名を記載			

以下の質問項目にお答えください。Please answer the following questions.

渡航にあたり、健康上心配なことはありますか?  なし No  あり Yes  
Do you have any health concerns? ( )

今回の渡航にあたり予防接種を受けましたか? Have you received the following vaccines?  
 いいえ No  
 はい Yes ⇒ 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 ・ ダニ脳炎 ・ 黄熱 ・ その他  
Hepatitis A, Hepatitis B, Tetanus, Rabies, Japanese encephalitis  
Typhoid fever, Meningococcus, Tick-borne encephalitis, Yellow fever, Others

これから希望される予防接種はありますか? Do you have plan to receive the following vaccines?  
 いいえ No  
 はい Yes ⇒ 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 ・ ダニ脳炎 ・ 黄熱 ・ その他  
Hepatitis A, Hepatitis B, Tetanus, Rabies, Japanese encephalitis  
Typhoid fever, Meningococcus, Tick-borne encephalitis, Yellow fever, Others

予防接種以外で相談したいことはありますか? ありましたらお書きください。  
Do you have any specific questions you would like to ask during the consultation?  
 マラリア予防薬処方 Prophylaxis for Malaria  
 高山病予防薬処方 Prophylaxis for Acute Mountain Sickness (altitude illness)  
 その他 Others ( )

過去に経験された病気、現在、治療中の病気などはありますか?  
Had (Have) you been diagnosed as any of following diseases?  
 なし No  麻疹 (はしか) Measles  風疹 (三日はしか) Rubella  
 おたふくかぜ Mumps  水ぼうそう Varicella  帯状疱疹 Zoster  
 心臓病 Heart disease  糖尿病 Diabetes  高脂血症 Hyperlipidemia  
 高血圧 Hypertension  肝臓病 Hepatic disease  神経疾患 Neurologic disease  
 皮膚疾患 Skin disease  喘息 Asthma  精神疾患 Psychiatric disease  
 アレルギー Allergy  感染症 Infectious disease  内分泌疾患 Endocrine disease  
 手術 Surgery ( )  
 その他 Others ( )

常用している・現在服用している薬はありますか? Do you regularly take any medications?  
 なし No  
 あり Yes 薬剤名 Name of drugs, if any ( )

薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか?  
Have you ever had an allergic reaction to foods or durgs?  
 なし No 食品名 Name of food : ( )  
 あり Yes 薬剤名 Name of drug : ( )