

トラベルクリニック予診票 Medical questionnaire



Date(西暦) : *yyyy* *mm* *dd*

| | | | | | |
|-------------------|--------------------|--|------------------------|---|----------|
| 診察券番号 Hospital ID | | | 年 | 月 | 日 |
| 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 | <i>yyyy</i> 年 <i>mm</i> 月 <i>dd</i> 日 | 年齢 Age 歳 |
| ローマ字表記 | ※パスポートの表記をブロック体で記入 | | | | |
| 電話番号 Phone | | | メールアドレス E-mail address | | |

緊急連絡先(ご本人以外) Emergency contact

| | | | | | | |
|---------|--|--|----------------------|--|------------|--|
| 氏名 Name | | | ご本人との関係 Relationship | | 電話番号 Phone | |
|---------|--|--|----------------------|--|------------|--|

■ 受診の目的 Purpose of visit to the Travel Clinic

- 渡航前・帰国後の健康診断 Health checkup 渡航前の予防相談 Pre-travel consultation
 予防接種・予防薬 Vaccination / Prophylaxis drug 診断書・証明書を作成 Medical certificate
 その他 Others⇒ ()

■ 渡航先 Destination

| 国 Country | 都市 City | 出発日～帰国日 Departure/Return (西暦 Date <i>yyyy/mm/dd</i>) |
|-----------|---------|---|
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

■ 渡航の主な目的 Main purpose of the travel

- 仕事 Business 海外赴任の帯同 Accompany as a family ボランティア活動 Volunteer work
 留学・研究 Study / Research / Education 帰郷 Visiting friends and relatives / Return to home
 観光 Sightseeing :
 一般観光 Tourism パッケージツアー Package tour バックパック旅行 Backpack trip
 山歩き・登山 Hiking / Trekking / Climbing サファリ旅行 Safari
 水辺のスポーツやレジャー Water Sports / Leisure :
 海水 Seawater 淡水 freshwater (河川・湖・池など river / lake / pond)
 その他 Others⇒ ()

■ 滞在先 Place to stay

- ホテル Hotel 親戚・友人・知人宅 Relative's or Friend's house ゲストハウス Guesthouse
 寮 Dormitory その他 Others⇒ ()

■ 外国に住んだこと (1年以上の滞在経験) はありますか？

Have you ever stayed in foreign countries for more than one year?

- ない No ある Yes⇒国Country ()

■ 喫煙・飲酒 Drinking / Smoking

- タバコ Tobacco : 吸わない No 吸う Yes⇒ 一日に約()本 ()piece/day
 酒類 Alcohol : 飲まない No 飲む Yes⇒ 毎日/週に約()回 ()time/every day or week

■ 服用中の処方薬はありますか？ Do you regularly take any prescribed drug?

- ない No
 ある Yes⇒(薬剤名 Drug name:)

氏名(カタカナ)
Name

Today's yyyy 年 mm 月 dd 日
Date(西暦):

■ 今回の渡航にあたり予防接種は受けましたか? Have you received the following vaccines?

受けていない No

受けた Yes⇒A型肝炎 Hepatitis A B型肝炎 Hepatitis B 狂犬病 Rabies 破傷風 Tetanus
ジフテリア・百日咳・破傷風 T-dap (DPT) 日本脳炎 Japanese encephalitis
その他 Others ()

■ 予防接種のご希望は? Do you need the following vaccinations?

ない No

希望する Yes⇒A型肝炎 Hepatitis A B型肝炎 Hepatitis B 狂犬病 Rabies 破傷風 Tetanus
ジフテリア・百日咳・破傷風 T-dap (DPT) 日本脳炎 Japanese encephalitis
ダニ脳炎 Tick-borne encephalitis 腸チフス Typhoid fever 髄膜炎菌 Meningococcus
ポリオ Polio 帯状疱疹 Herpes zoster / Shingles ヒトパピローマウイルス HPV
麻疹(はしか) Measles おたふくかぜ Mumps 風疹(三日はしか) Rubella
水痘(水ぼうそう) Varicella / Chickenpox 黄熱 Yellow fever
その他 Others ()

■ 予防接種以外のご相談は? Is there any consultation besides vaccinations?

ない No

マラリア予防薬の処方 Prophylaxis drugs for Malaria
 高山病予防薬の処方 Prophylaxis drugs for Acute Mountain Sickness (altitude illness)
 その他 Others⇒ ()

■ 感染症以外の病歴 Medical history other than infectious diseases

ない No

ある Yes⇒下記から番号をお選びください。Please select numbers below.

治癒した傷病 Past⇒ ()
手術歴あり Surgery⇒ ()
通院中/経過観察中 Present⇒ ()
① 高血圧症 Hypertension ② 糖尿病 Diabetes ③ 脂質異常症 Dyslipidemia
④ 動脈硬化症 Arteriosclerosis ⑤ 循環器系の疾患(心臓病) Cardiovascular disease / Heart disease
⑥ 脳血管系の疾患 Cerebrovascular disease ⑦ 神経系の疾患 Neurologic disease
⑧ 気管支喘息・呼吸器系の疾患 Asthma / Respiratory disease ⑨ 血液疾患 Blood disease
⑩ 消化器系の疾患 Digestive disease ⑪ 筋骨格系の疾患 Musculoskeletal diseases
⑫ リウマチ性疾患 Rheumatic disease ⑬ 腎臓・泌尿器系の疾患 Renal / Urological disease
⑭ 眼疾患 Eye diseases ⑮ 皮膚疾患 Skin disease ⑯ 精神疾患 Mental disease
⑰ 癌 Cancer ⑱ 婦人科系の疾患 Gynecological disease
⑲ その他 Others ()

■ アレルギー Allergy

ない No

アナフィラキシーを起こしたことがある。I have had anaphylaxis before.

食物 Food⇒ () 薬剤 Drug⇒ ()
 その他 Others⇒ ()

■ 女性の方のみ Female only

妊娠中ですか?(妊娠の可能性あり) Are you pregnant, or possibly pregnant? いいえ No はい Yes

現在、生理(月経)の期間ですか? Are you menstruating? いいえ No はい Yes