



ID 番号 _____
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

渡航外来 問診票

お名前／漢字(ふりがな) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(満 歳)

現住所 〒 _____ 性別：男・女

連絡先 自宅 TEL _____ FAX 番号 _____

携帯 TEL _____

勤務先 〒 _____

会社名 _____ 勤務先 TEL _____

1. 渡航先 国名 (_____) 都市名 (_____)
いつから (_____ / _____ ~ _____ / _____)

2. 渡航目的 観光 海外出張 海外赴任 赴任帯同 留学 その他 (_____)

3. 宿泊施設(短期のみ)： ホテル _____ キャンプ _____ 現地知人宅 _____

4. 活動内容： 駐在 駐在帯同 野外活動 観光 留学 知人訪問

5. お受けになりたいサービス

【ワクチン】

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

その他 (_____)

【薬の処方】

マラリア予防薬 高山病予防薬 下痢止め薬 その他 (_____)

6. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい (_____) いいえ

7. 現在治療中もしくは内服している薬はありますか？

はい (_____) いいえ

8. 今まであるに薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

はい：薬名 (_____) いいえ

9. 薬以外のアレルギーはありますか？

はい：具体的に (_____) いいえ

10. 女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

はい (_____) いいえ

11. 当院をどちらで知りましたか？

インターネット 看板 知人・家族からのご紹介 その他 (_____)