

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） 出産予定日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

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（ _____ ）

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）

小児期及び過去に罹患もしくは接種したワクチン

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 4種混合（ _____ 回） | <input type="checkbox"/> 麻疹（ _____ 回 or 罹患） | <input type="checkbox"/> A型肝炎（ _____ 回） |
| <input type="checkbox"/> 3種混合（ _____ 回） | <input type="checkbox"/> 風疹（ _____ 回 or 罹患） | <input type="checkbox"/> B型肝炎（ _____ 回） |
| <input type="checkbox"/> 2種混合 | <input type="checkbox"/> MR（ _____ 回 or 罹患） | <input type="checkbox"/> 狂犬病（ _____ 回） |
| <input type="checkbox"/> 破傷風 | <input type="checkbox"/> おたふく（ _____ 回 or 罹患） | <input type="checkbox"/> 腸チフス（ _____ 回） |
| <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ _____ 回） | <input type="checkbox"/> 水痘（ _____ 回 or 罹患） | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌（ _____ 回） |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（ _____ 回） | <input type="checkbox"/> ポリオ生（ _____ 回） | <input type="checkbox"/> ダニ脳炎（ _____ 回） |
| <input type="checkbox"/> ヒブ（ _____ 回） | <input type="checkbox"/> ポリオ不活化（ _____ 回） | |

今回、接種を希望するワクチンおよび処方希望する内服薬

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4種混合 | <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> A型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 3種混合 | <input type="checkbox"/> 風疹 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 2種混合 | <input type="checkbox"/> MR | <input type="checkbox"/> 狂犬病 |
| <input type="checkbox"/> 破傷風 | <input type="checkbox"/> おたふく | <input type="checkbox"/> 腸チフス |
| <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> ポリオ生 | <input type="checkbox"/> ダニ脳炎 |
| <input type="checkbox"/> ヒブ | <input type="checkbox"/> ポリオ不活化 | |

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（イエローカード） 他

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