

トラベルクリニック予診票

お答えになれる範囲でご記入下さい。 母子手帳など、過去に受けた予防接種の記録がありましたらご持参下さい。

フリガナ		性別：	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
氏名：		生年月日：	明治・大正・昭和・平成 / 西暦
氏名ローマ字表記			年 月 日生
住所：	〒		
		緊急連絡先	
		氏名：	
電話：		電話：	
電子メール：		続柄：	
保護者氏名（本人未成年者の場合）：			続柄：
健康状態			
現在かかっている・今までにかかった病気：		現在服用中のお薬：	
女性の方：	現在： <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に妊娠の予定 <input type="checkbox"/> 授乳中 最終月経： 年 月 日		
習慣：	たばこ 1日 本 × 年	アルコール：	1日 合・杯・c c
			1日 合・杯・c c
アレルギー（薬物・食べ物）：			
旅行日程詳細：			
目的地			
出発日：		帰国日又は滞在期間：	
旅行・滞在形態：			
<input type="checkbox"/> 団体旅行 <input type="checkbox"/> 個人旅行 <input type="checkbox"/> 赴任・長期滞在 <input type="checkbox"/> ホテル滞在 <input type="checkbox"/> 寮・ユースホステル等滞在 <input type="checkbox"/> 個人宅滞在			
<input type="checkbox"/> 友人・親戚訪問 <input type="checkbox"/> 医療活動 <input type="checkbox"/> キャンプ・ハイキング <input type="checkbox"/> 獣医療・動物との接触			