

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

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
住所：	〒		年 月 日生
		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：	種類：
			1日 合・杯・c c
アレルギー（薬物・食べ物）：			
今までにワクチンに対して強い副反応が出たことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
「はい」の場合はワクチンの種類など具体的にお書き下さい：			

トラベルクリニック予診票（２）

予防接種歴（今までに受けたことのあるワクチンをご記入下さい。母子手帳等の記録があればご持参下さい）

<input checked="" type="checkbox"/> ワクチン名	接種日	<input checked="" type="checkbox"/> ワクチン名	接種日
DPT（三種混合）		水痘（水ぼうそう）	
DT（二種混合）		日本脳炎	
ポリオ		黄熱	
麻疹（はしか）		狂犬病	
おたふく風邪		髄膜炎菌	
風疹		腸チフス	
A型肝炎		肺炎球菌	
B型肝炎		インフルエンザ	
その他：		その他：	

旅行日程詳細

出発日：

帰国日：

旅行・滞在形態

- 団体旅行 個人旅行 ホテル滞在
 寮・ユースホステル等滞在 個人宅滞在 友人・親戚訪問
 キャンプ・ハイキング 獣医療・動物との接触 医療活動
 標高2500m以上の高地 その他：

目的地

国	市町村・地域名	滞在期間

医師記入欄

<input type="checkbox"/> mefloquine	<input type="checkbox"/> doxycycline	<input type="checkbox"/> malarone	<input type="checkbox"/> diamox
<input type="checkbox"/> levofloxacin	<input type="checkbox"/> immunization record	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>