

海外渡航外来問診票

年 月 日

フリガナ

お名前： _____
〒 _____

携帯電話： _____

住所（初回来院の方のみ）： _____

渡航予定先： _____ 渡航目的： _____

出国予定日： _____ 滞在予定期間： _____

海外生活の経験： なし あり（場所： _____ 期間： _____）

1 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。

高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風・高尿酸血症 狭心症・心筋梗塞 不整脈
 喘息 胃炎・胃潰瘍 肝機能障害 腎機能障害 その他〔 _____ 〕

2 常用している薬はありますか。（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡してください）

いいえ はい 薬名〔 _____ 〕

3 薬や食品などにアレルギーはありますか。

いいえ はい 薬、食品名〔 _____ 〕

飲酒 以前からのまない _____ 年前にやめた 飲む _____

4 喫煙： 以前から吸わない _____ 年前にやめた 吸う（1日あたり _____ 本／喫煙年数 _____ 年）

6 希望する診療内容を下記より選択してください。

渡航前の健康相談
 渡航前の健康診断〔指定項目あり 指定なし〕
 渡航先での医療機関紹介
 渡航前感染症抗体検査
 渡航前の予防接種〔 _____ 〕
 健康診断書 英語 中国語 日本語
 母子手帳翻訳 英語 中国語
 薬品携行証明書 英語 中国語
 マラリア予防薬相談と処方
 高山病予防薬処方
 風邪、下痢など常備薬処方
 その他〔 _____ 〕