

お名前： _____

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： _____)

共通

- 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 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。) はい いいえ
薬名 [_____]
- 3 薬や食品などにアレルギーはありますか。 はい いいえ
薬、食品名 [_____]
- 4 飲酒： 以前から飲まない _____ 年前にやめた 飲む (1回あたり _____ 合 / 週 _____ 回)
- 5 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 渡航先の疾病・衛生状況等についての情報提供
 渡航先での医療機関紹介 渡航前の健康診断
 渡航前の予防接種 [_____]
 紹介状作成 日本語 英語 中国語
 その他 [_____]