**問診票**

**～旅行外来を受診の方へ～**

診療を円滑に進めるため、下記の項目を可能な範囲内でご記入ください。

記載日：　　年　　月　　日

氏名：

年齢：　　　　性別：

●旅行外来を受診される目的は、以下のどれですか。（複数選択可）

1. 海外渡航前の予防接種に関する相談
2. 海外渡航前の健康相談（予報接種なし）
3. 海外渡航前の診断書作成
4. その他（　　　　　　　）

●海外渡航先とその期間、目的をわかる範囲で御記載下さい。渡航先は町の名前などできるだけ詳しく記載してください。

●これまで海外渡航された方は、地域と時期についてわかる範囲で記載してください。

●当院の「旅行外来」をどのようにして知りましたか。

 知人の紹介で・他院の紹介で・当院の受付で・当院の掲示物をみて・

 ホームページをみて・旅行会社の紹介で・保健所の紹介で・

 その他（　　　　　　　　　　）

●マラリア予防薬やその他内服薬の処方を希望されますか。ただし、この場合保険診療（3割負担）ではなく自費診療（10割負担）となります。

（　希望する・希望しない　）

●今までにかかった病気や怪我、受けられた手術などについて記載してください。

●現在内服されているお薬はございますか。あるようでしたら、わかる範囲で記載してください。

＜以下予防接種を希望される方のみで結構です＞

●受診日から4週間以内にワクチンを接種した、あるいは接種予定がある方はワクチン名を記載してください。

●今まで受けられた予防接種の種類と接種日について御記入ください。幼少期に受けられたものに関しても、母子手帳等を確認して頂きわかる範囲内で御記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 有無 | 接種日 |
| 2種・3種・4種混合 | 有・無・不明 |  |
| 麻疹 | 有・無・不明 |  |
| 風疹 | 有・無・不明 |  |
| ポリオ | 有・無・不明 |  |
| おたふくかぜ | 有・無・不明 |  |
| 水痘 | 有・無・不明 |  |
| A型肝炎 | 有・無・不明 |  |
| B型肝炎 | 有・無・不明 |  |
| 日本脳炎 | 有・無・不明 |  |
| 狂犬病 | 有・無・不明 |  |
| 破傷風 | 有・無・不明 |  |
| 黄熱 | 有・無・不明 |  |
| 腸チフス | 有・無・不明 |  |
| 髄膜炎菌 | 有・無・不明 |  |
| その他 | 有・無・不明 |  |

以上です。ありがとうございました。

なお、予防接種希望の方は当日予診票の記載も必要です。