

旅行後診察用 医療機関受診前のチェックリスト

年 月 日

旅行先、旅行期間	目的地()旅行期間 月 日～ 月 日
旅行目的	<input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 商用 <input type="checkbox"/> 人道支援 <input type="checkbox"/> 友人／親戚の訪問 <input type="checkbox"/> その他()
旅行の形態	<input type="checkbox"/> パックツアー <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他()
宿泊先の状況	<input type="checkbox"/> 設備の整ったホテル <input type="checkbox"/> その他()

現在の体調

<input type="checkbox"/> 発熱がある	<input type="checkbox"/> 上がったり下がったり <input type="checkbox"/> ずっと高熱(または微熱)のまま いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> 下痢がある	<input type="checkbox"/> 水のように <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 一日に10回以上 <input type="checkbox"/> 1日に10回未満 いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> 便秘がある	いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> 腹痛がある	いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> 白目が黄色い	いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> 泌尿器の異常	<input type="checkbox"/> 排尿時に痛い <input type="checkbox"/> 尿道が痛む <input type="checkbox"/> 尿に血が混じっている <input type="checkbox"/> 尿に粘り いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> 皮膚の異常	<input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> 発疹がある <input type="checkbox"/> 水膨れがある <input type="checkbox"/> 化膿している いつごろからですか() 日前 月 日ごろから
<input type="checkbox"/> その他の異常	異常の内容() いつごろからですか() 日前 月 日ごろから

旅行中の行動

現地での水、食事	<input type="checkbox"/> 生の水を飲んだ <input type="checkbox"/> 湖や川の水を飲んだ <input type="checkbox"/> 氷入りの飲み物をのんだ <input type="checkbox"/> 加熱していない食物を食べた(野菜・果物を含む) <input type="checkbox"/> 屋台の食品を食べた
虫さされ	<input type="checkbox"/> 蚊に刺された <input type="checkbox"/> ダニに咬まれた <input type="checkbox"/> 他の虫にさされた いつ()
動物	<input type="checkbox"/> 動物に咬まれた 動物の種類() <input type="checkbox"/> 動物に触った 動物の種類() <input type="checkbox"/> 動物の近くにいった 動物の種類()
水あそび	<input type="checkbox"/> 湖や川の中に入った <input type="checkbox"/> 湖や川の中で泳いだ <input type="checkbox"/> 湖や川の水を触った <input type="checkbox"/> 湖や川でボート等を使って活動した
性行動	<input type="checkbox"/> 不特定対象の性行為があった <input type="checkbox"/> 特殊な性行為()
周囲の人	<input type="checkbox"/> 周囲に体調の悪い人がいた 病気の内容()
現地で治療	<input type="checkbox"/> マラリア治療 <input type="checkbox"/> 針の使用など血がでる処置 <input type="checkbox"/> その他()

(*現地で受けた治療や使用した薬がわかれば、その控えを医療機関に持っていきましょう)

旅行前の予防接種

<input type="checkbox"/> 予防接種・マラリア予防薬	<input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> その他の予防接種() <input type="checkbox"/> マラリア予防薬()
---------------------------------------	---

(*予防接種記録があったら医療機関に持っていきましょう)