

旅行前診察用 医療機関受診前のチェックリスト

年 月 日

姓： _____ 名： _____	
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳 _____ か月 男・女） 国籍： _____	
旅行目的： <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 商用 <input type="checkbox"/> 人道支援 <input type="checkbox"/> 現地在住の友人／親戚訪問	
特別な活動： <input type="checkbox"/> 宿泊形態（ _____ ）：例 キャンピング <input type="checkbox"/> スポーツ（ _____ ）：例 ダイビング、登山 <input type="checkbox"/> 冒険（ _____ ）：例 洞くつ探検、ラフティング <input type="checkbox"/> ボランティア（ _____ ）：例 災害救助	
出発日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	滞在期間： _____

訪問先について

国	場所	農村地ですか？		期間（日時）	
		はい	いいえ	から	まで
		はい	いいえ	から	まで
		はい	いいえ	から	まで
		はい	いいえ	から	まで
		はい	いいえ	から	まで
		はい	いいえ	から	まで

受けたワクチンと回数。時期 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
現在の健康状態
慢性疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下に記載） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病（ _____ ） <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患（ _____ ） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 免疫力の低下をきたす病気（ _____ ） <input type="checkbox"/> 神経系の病気（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
最近受けた治療（手術や特別な薬など）
現在使っている薬（内服薬・注射薬・塗り薬・点眼、点鼻薬など）
アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下に記載） <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 抗生物質（ _____ ） <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> ラテックスゴム <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
不安症やうつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（飲んでる薬 _____ ）
女性の場合 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 3か月以内に妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中