

No \_\_\_\_\_

②

予診票 (旅行前診察用)

もちづき内科クリニック

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
ローマ字	*パスポートのつづりと同じでお願いします	
住所	〒	
電話番号	自宅:	携帯:
ご本人に連絡がつかない場合の連絡先		
氏名	ご関係	電話番号

希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する□に☑をお願いいたします

受診目的

- 英文診断書作成
- 非常薬剤
- 渡航前健康診断
- 定期内服薬処方希望
- その他

訪問先はどちらですか (乗り継ぎも含め)

国名	都市名	期間
		/ / ~ / /
		/ / ~ / /

渡航目的は何ですか

- 仕事
- 同伴家族
- 留学
- 帰郷
- ボランティア
- 観光

(一般観光・パッケージツアー・バックパック・登山・サファリ・ラフティング・その他)

海外渡航にあたり、健康上心配なことはありますか  なし  あり

以下の感染症に罹ったことはありますか

- 麻疹
- 風疹
- おたふく
- 水痘

予防接種を受けたことはありますか(わかる範囲で構いません)

- 三種混合
- A型肝炎
- B型肝炎
- 破傷風
- 狂犬病
- 日本脳炎
- 腸チフス
- 髄膜炎菌
- ダニ脳炎
- 黄熱
- 肺炎球菌
- インフルエンザ
- コロナ

No \_\_\_\_\_

過去に健康診断で指摘された項目や経験された病気、現在、治療中の病気などはありますか

- なし  
 あり  
 高血圧  糖尿病  高脂血症  心臓病  肝臓病  神経疾患  皮膚疾患  喘息  
 精神疾患  感染症  内分泌疾患  その他

過去に手術を受けたことはありますか

- なし  あり

ご自身の血液型はご存じですか

- はい  A型  B型  AB型  O型  わからない

コロナにかかったことはありますか

- なし  あり (時期: \_\_\_\_\_ )

現在服用しているサプリーお薬はありますか (内服薬・サプリー・注射薬・塗薬・点眼・点鼻薬など)  
お薬手帳のコピーを添付

アレルギーはありますか (薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか)

- なし  
 あり  薬 (薬名)  抗生物質  
 卵  ゼラチン  ラテックスゴム  その他

心療内科に関する薬を服用していますか

- なし  あり (飲んでる薬)

女性の方  妊娠中  3か月以内に妊娠の可能性あり  授乳中  なし

※ご協力ありがとうございました。