

お名前： _____ パスポート表記名： _____

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
☐ 渡航先での医療機関紹介
☐ 渡航前の予防接種 [_____]
☐ 紹介状作成 ☐ 日本語 ☐ 英語 ☐ 中国語
☐ その他 [_____]

☐ 渡航先の疾病・衛生状況等についての情報提供
☐ 渡航前の健康診断