

記入日 (Date) 年(year)/ 月(month)/ 日(day)

日本医科大学武蔵小杉病院 渡航外来 予診票 / Medical Questionnaire	
氏名 (ふりがな、ローマ字) / Name	性別 (Sex): <input type="checkbox"/> 男性 (Male) / <input type="checkbox"/> 女性 (Female)
	年齢 (Age): 歳 (years old)
(西暦) 生年月日 / Date of birth	身長・体重 / Height and weight
年(year)/ 月(month)/ 日(day)	cm / kg
携帯電話番号 / Cellular phone number	メールアドレス / E-mail address
緊急連絡先 / Emergency call	
氏名 (ふりがな) / Name	ご関係 / Relationship
	電話番号 / Phone number

1 受診目的 / Purpose of your visit

- 診断書作成 (Medical certificate) 予防接種相談 (Pretravel Consultaion)
 その他 (Others) → (_____)

2 渡航先の国名、都市名は? / Where is your destination?

国名 / Country name, 都市名 / City name	期間 / Duration (date of departure ~ date of return)
	/ / ~ / /
	/ / ~ / /
	/ / ~ / /
	/ / ~ / /
	/ / ~ / /

渡航予定期間 / Travel Schedule → 合計 / Total : _____ 年(years)/ _____ 月(months)/ _____ 日(days)

3 一時帰国予定 / Will you come back to Japan periodically?

- いいえ (No) はい (Yes) → いつですか? / When? (_____)

4 渡航目的 / purpose of the travel

- 仕事 (Buisness) → 仕事の内容 (Content of your work) → (_____)
 留学 (Study Abroad) 同伴家族 (Accompany as a family member) 帰郷 (Visiting friends or relatives)
 その他 (Others) → (_____)

5 滞在先 / Accomodation

- ホテル (Hotel) アパート (Rental room) ゲストハウス (Guesthouse)
 知人宅 (Relative's or friends' house) その他 (Others) → (_____)

6 海外に滞在したことはありますか? / Have you ever stayed in foreign contries?

- いいえ (No)
 はい (Yes) → 国名 (Country) → (_____)
 期間 (Duration) → (_____)

7 渡航にあたり、健康上心配なことはありますか? / Do you have any health concerns?

- いいえ (No)
 はい (Yes) → (_____)

8 罹ったことがある感染症はありますか? / Have you suffered from the following infectious diseases?

- 麻疹 (Measles) 風疹 (Rubella) おたふく (Mumps) 水痘 (Varicella)

9 今回の渡航にあたり予防接種を受けましたか? / Have you administered the following vaccines?

- いいえ (No)
 はい (Yes)

- A型肝炎 (Hepatitis A) 破傷風 (Tetanus) 腸チフス (Typhoid fever)
 B型肝炎 (Hepatitis B) 狂犬病 (Rabies) ダニ脳炎 (Tick-borne encephalitis)
 黄熱 (Yellow fever) 日本脳炎 (Japanese encephalitis) 髄膜炎菌 (Meningococcus)
 その他 (Others) → (_____)

最終接種日 / the latest date of vaccination → (_____)

10 これから希望される予防接種はありますか? / Are you planning to receive the following vaccines?

いいえ (No)

はい (Yes)

- A型肝炎 (Hepatitis A) 破傷風 (Tetanus) 腸チフス (Typhoid fever)
 B型肝炎 (Hepatitis B) 狂犬病 (Rabies) ダニ脳炎 (Tick-borne encephalitis)
 黄熱 (Yellow fever) 日本脳炎 (Japanese encephalitis) 髄膜炎菌 (Meningococcus)
 その他 (Others) → (_____)

11 健康診断で指摘された項目、過去にかかった病気、治療中の病気などはありますか? / Have you been diagnosed as any of the following disease?

いいえ (No)

はい (Yes)

- 高血圧 (Hypertension) 糖尿病 (Diabetes) 心臓病 (Heart disease)
 高脂血症 (Hyperlipidemia) 肝臓病 (Hepatic disease) 喘息 (Asthma)
 内分泌疾患 (Endocrine disease) 精神疾患 (Psychiatric disease)
 皮膚疾患 (Skin disease) 神経疾患 (Neurologic disease)

その他 (Others) → (_____)

感染症 (Infectious disease) → (_____)

アレルギー (Allergy) → (_____)

手術 (Surgery) → (_____)

12 常用している内服薬はありますか? / Are you taking any medications?

いいえ (No)

はい (Yes) → 薬剤名 (Medication) → (_____)

13 喫煙歴 / Do you smoke?

いいえ (No)

はい (Yes) → _____ 本 (cigaretts) / 日 (Day), _____ 年間 (Years)

以前吸っていました (No, but I used to smoke.) → _____ 本 (cigaretts) / 日 (Day), _____ 年間 (Years)

14 飲酒歴 / Do you drink alcohol?

いいえ (No)

はい (Yes) → 毎日 (Everyday) 一週間に _____ 回 / (Times per week)

量 (Amount) _____ mL / 日 (Day)

15 合わない薬や食べ物がありますか? / Are you allergic to any foods or medications?

いいえ (No)

はい (Yes) → 薬剤名 (Medication) → (_____)

食品名 (Food) → (_____)

その他 (Others) → (_____)