

初診日： 年 月 日

以下の情報は当院での受診についてのみ利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

フリガナ 氏名	生年月日	西暦 年 月 日	性別	男・女	年齢	歳
ローマ字	パスポートのつづりと同じであること ブロック体で記入してください					
連絡先	自宅電話番号：		緊急連絡先(携帯電話番号)：			

1. 希望するサービスをお書きください。

- ①ワクチン 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 その他 ( )
- ②薬の処方 マラリア予防薬(メフロキン・マラロン)  
高山病予防薬  
その他 ( )
- ③健康診断 赴任前健康診断 帰国時健康診断 留学前健康診断
- ④その他に希望するサービスがあれば記入してください。  
 ( )

2. あなたの渡航に関する情報をお書きください。

- ①渡航先 (国名・都市名： )
- ②滞在期間 (計：約 年 ・ か月 ・ 日)  
 (出国 年 月 日 ~ 帰国 年 月 日 )
- ③複数の国や地域を渡航される場合は、各渡航先と滞在期間を具体的に書きください。  
 ( )
- ④渡航目的(カッコ内の記載は任意です)  
仕事(国内の派遣元を記載ください： )  
配偶者や親の赴任に帯同(赴任者の派遣元を記載ください： )  
観光(旅行会社のツアーか個人旅行かを記載ください： )  
留学(国内の所属を記載ください： )  
 (留学する学校名がわかれば記載ください： )  
その他 ( )
- ⑤現地での活動(該当する場合)  
野外活動・キャンプ 登山・トレッキング ダイビング

3. その他、事前に伝えておきたい情報があれば、自由にご記入ください

( )

4. 当クリニックを知った経緯をお書きください

- モンテメール他院にかかっている 知人の紹介 旅行会社の紹介  
他病院の紹介 インターネット 広告・雑誌など 家族の紹介  
その他 ( )

5. あなたの健康に関する以下の質問について、○で囲むか、カッコ内に言葉を記入してください。

① 最近、体調で悪いところがありますか？ はい・いいえ  
「はい」の方は具体的な症状や病名を書いてください。( )

② 現在、治療中や経過観察中の病気はありますか？ はい・いいえ  
「はい」の方は病気の名前を書いてください。( )  
薬を服用している方は薬の名前を書いてください。( )

③ ②に記載した病気以外で、今までに、大きな病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液・免疫不全など)にかかったことはありますか？ はい・いいえ  
「はい」の方は病気の名前を書いてください。( )

④ 今までに「ひきつけ(けいれん)」をおこしたことがありますか？ はい・いいえ

⑤ 薬や食べ物(卵や鶏肉など)でアレルギーをおこしたことはありますか？ はい・いいえ  
「はい」の方は具体的な薬や食べ物の名前を書いてください( )

⑥ アルコール綿でかぶれたことはありますか？ はい・いいえ

⑦ 輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ

⑧ あなたの生活習慣をお答えください。

1) タバコ : 吸わない、1~20本/日、20本/日以上

2) アルコール : 飲まない、時々飲む、毎日飲む

3) 運動 : 特にやっていない、時々やっている、定期的にやっている

⑨ あなたの親兄弟で下記の病気にかかった方がいれば○をつけてください。  
悪性腫瘍、高血圧、糖尿病、高脂血症、脳血管障害、心臓病

⑩ 女性の方のみお答えください。

1) 現在、生理中ですか？ はい・いいえ・閉経

2) 妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

現在妊娠中ですか？ はい・いいえ

6. その他、健康状態で医師に伝えておきたいことがあれば、自由にご記入ください。

( )

予防接種を受ける方は下記もお答えください。

\* これまでに、予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ  
「はい」の方はワクチンの名前を書いてください ( )

\* 最近、1か月以内に予防接種を受けましたか？ はい・いいえ  
「はい」の方はワクチンの名前を書いてください ( )