

東京大学 保健・健康推進本部 一般診療室内科
トラベルクリニック 申込書

A4 用紙に両面印刷してください

今年度の定期健康診断受診日	2016 年 4 月 18 日
定期健康診断未受診の方は、診断書発行、英文の文書作成はできません。	左記の内容に了解した方は <input checked="" type="checkbox"/> してください <input checked="" type="checkbox"/>

本申込書を所定の窓口を持参して予約をした上で受診してください。コンサルテーションは時間制で行いますので予約時間は厳守してください。(遅刻しますと受診できないことがあります)

申込書は診療録（カルテ）の一部として保管されます。正確に記入してください。

枠などの書式は変更しないでください。

質問項目は同じような内容のものが複数箇所にある場合がありますが全て正確に回答してください。

記入日	2016 年 7 月 30 日
氏名 ¹	本郷 太郎 (柏 太郎) 男性 ・ 女性
診断書表記希望氏名（英語）	Kashiwa Taro
生年月日	1980 年 8 月 20 日
所属	保健・健康推進本部 (内線：22573)
身分	教員（教授）
ID 番号	0123456789
住所	東京都文京区本郷 7-3-1
電話番号（携帯）	03-5841-2583
メールアドレス	hongo.taro@nail.u-tokyo.ac.jp

薬剤アレルギーなどの副作用歴（内服薬、外用薬、処方薬、市販薬、漢方、サプリメントなど、全て）重症となったものはその旨明記してください。ない場合には一行目に「なし」と記入してください。

薬剤名（不明な場合は用途など）	発生時期	症状
バファリン	1990 年 2 月頃	中毒疹、喘息症状、重症
ビオフェルミン	2001 年 1 月頃	下痢、因果関係不明

現在通院・治療中の病気など（ない場合は「なし」と記入。）

通院・治療中の病気	治療内容（薬の種類、量など）	渡航に関する主治医の意見 ²
(病名等) 糖尿病	ダニオール(1.25)朝食前 1 錠 ベイスン OD 錠 0.2 毎食前	可 条件付で可 不可 (服を継続すること)
気管支喘息	メプチンエアー 頓用	可
経過観察となっているもの(症状等が固定して通院の必要がないとされているものも含まれます)		渡航に関する主治医の意見
(病名等) 座骨神経痛		可 条件付で可 不可 相談していない

¹ 医療記録になりますので住民票・パスポートの通りに記載してください。旧姓使用など学内で通称の使用が認められている方は () をつけて、本名も記入してください。

² 通院中の方は主治医に今回予定している渡航の可否について意見を求めてください。

健康診断等で指摘は受けているが特に何もしていないもの		
(病名等) 特になし		
過去の病気・けがについて (海外渡航に関連したものはあとで別に伺いますが、ここにも書いて頂いても構いません。)		
脳に障害を負うような病気・けが	なし ・あり ()	年 月頃
精神疾患 (疑いを含む)	なし ・あり ()	年 月～ 年 月頃
けいれん	なし ・あり ()	年 月頃
喘息	なし・ あり ()	2000 年 1 月～ 年 月頃
		年 月頃
		年 月頃
		年 月頃

女性に伺います	
妊娠について	妊娠していない 妊娠していないとは言えない 妊娠している
授乳について	授乳していない 授乳中 (最年少) 児は 才 ヶ月
今回予定している渡航期間中であつても妊娠する可能性がありますか？	いいえ はい
(閉経前の場合) 最終月経	年 月 日頃から 日間.

海外渡航に関連した健康上の問題について	
海外で重い病気やけがにかかった等の経験がありますか？	
デング熱	ない ある (場所 : 年 月頃)
ウイルス性肝炎	ない ある (場所 : 年 月頃) ウイルスの種類 ()
寄生虫疾患	ない ある (場所 : 年 月頃) 予防 ()
(その他の病名など)	場所 () 年 月頃.
	場所 () 年 月頃.
	場所 () 年 月頃.
マラリアにかかったことがありますか？	いいえ はい 場所 : 時期 : 種類: 熱帯熱 三日熱 四日熱 卵形 その他()
マラリアの予防内服をしたことがありますか？	いいえ はい 薬剤名 : 副作用: なし あり ()
高山病や高山病様症状にかかったことがありますか？	いいえ はい
高山病の予防内服をしたことがありますか？	いいえ はい 薬剤名 : 副作用: なし あり ()

予防接種歴（太枠内は定期接種です。）

予防接種	既往あり, 抗体陽性(日付)	未接種	接種日①	接種日②	接種日③	接種日④	海外で受けた場合の接種地
Hib (インフルエンザ菌 b 型)		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
肺炎球菌		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ混合 (DPT-IPV)		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
ジフテリア・破傷風・百日咳混合 (DPT)		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
ポリオ (不活化 IPV)	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	不明	/ /	/ /	/ /	/ /	
ポリオ (経口 OPV)	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	不明	/ /	/ /	/ /	/ /	
BCG	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日		S59/1/13 (1984)	/ /	/ /	/ /	
麻疹風疹混合 (MR)			S59/6/1 (1984)	S60/2/8 (1985)	/ /	/ /	
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	✓	S59/6/1 (1984)	S60/2/8 (1985)	/ /	/ /	
風疹	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	✓	S59/6/1 (1984)	S60/2/8 (1985)	/ /	/ /	
水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
ジフテリア・破傷風混合 (DT)		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
ヒトパピロマウイルス (HPV)		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
B 型肝炎	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input checked="" type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日		/ /	/ /	/ /	/ /	
A 型肝炎	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日	✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
破傷風トキソイド		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
髄膜炎菌		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
黄熱		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
狂犬病 (曝露前)		✓	/ /	/ /	/ /	/ /	
狂犬病(曝露後)	接種日① / /	接種日② / /	接種日③ / /	接種日④ / /	接種日⑤ / /	接種日⑥ / /	
麻疹・風疹・おたふくかぜ (MMR)			/ /	/ /	/ /	/ /	
季節性インフルエンザ(半年以内)			/ /	/ /	/ /	/ /	

旅程表

日付	移動手段と時間	到着地	環境	滞在施設	目的	活動内容
'17/6/5	飛行機(12h)	パリ、フランス	都市	ホテル	中継地	宿泊のみ
'17/6/6	飛行機(10h)	ベナン	都市	ホテル	会議	屋内活動
						水泳（ホテル）
'17/6/8	飛行機(10h)	パリ、フランス	都市	ホテル	打合せ	屋内活動
'17/6/9	鉄道(9h)	インターaken, スイス	都市	ホテル	調査	徒歩
'17/6/10	鉄道(3h)	エンク*フラウヨホ, スイス	山 (3500m)	観光施設	調査	徒歩、スキー
'17/6/11	鉄道(6h)	ジュネヴ*, スイス	都市	ホテル	打合せ	屋内活動
'17/6/12	飛行機(15h)	バンコク, タイ	都市	ホテル	中継地	宿泊のみ
'17/6/13	船舶(4h)	プーケット, タイ	山村	簡易宿泊 所	調査	潜水
'17/6/15	飛行機(9h)	成田（帰国）				

記入例：(健康や安全に関係がありそうなことは極力記入してください。)

移動手段と時間： 飛行機（13時間） 船舶（14日間） 鉄道（9時間） など。

到着地： 地名を記入してください。細かすぎず、土地柄がわかる程度で結構です。国名は必ず入れてください。

環境： 都市部 山村 山野 高地（特に標高 2500メートル以上） 海岸 河川 湖畔 など。

滞在施設： ホテル 知人宅 テント キャンプ など。

目的： 学会 会議 打合せ 実験 実習 調査 観光 など。

活動内容： 屋内活動（「会議」などから明らかな場合には書かなくても結構です。） 動物捕獲 潜水 水泳 登山 ハイキング など。（メインではなくても健康上のリスクに影響があると懸念されるものは記入してください。）

医師に相談を希望する内容を☑して、項目に○をしてください。

必要な予防接種の相談

A型肝炎、 B型肝炎、 破傷風、麻疹、風疹、おたふく、みずぼうそう、 四種混合

その他：)

***T-dap、髄膜炎、MMR、黄熱病 等の輸入ワクチンは保健センターでは取り扱っておりません。**

英文の診断書、証明書希望 →別紙の診断書の申込書が必要です（HPからダウンロードできます）

今年度の健診受診日 2016年 4月 18日 *健診未受診の方は診断書、英文の文書作成はできません。

英文の診断書、ワクチン接種歴、抗体証明書、その他)

必要な検査の相談

(PPD、T-SPOT、 胸部 X線、抗体検査、 血液検査、その他)

必要な内服薬の相談

マラリア予防薬、 高山病予防薬、その他)

その他、相談したいこと

下痢をしないか心配です。