

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	年 月 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 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	年 月 日
氏名 ¹	男性 ・ 女性
診断書表記希望氏名（英語）	
生年月日	年 月 日
所属	（内線： ）
身分	
ID 番号	
住所	
電話番号（携帯）	
メールアドレス	

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
	年 月頃	

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）		可 条件付で可 不可
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）		可 条件付で可 不可

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)		
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 ()	年 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
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			/ /	/ /	/ /	/ /	
ポリオ (経口 OPV)	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日			/ /	/ /	/ /	/ /	
BCG	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日			/ /	/ /	/ /	/ /	
麻疹風疹混合 (MR)				/ /	/ /	/ /	/ /	
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日			/ /	/ /	/ /	/ /	
風疹	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日			/ /	/ /	/ /	/ /	
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 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)				/ /	/ /	/ /	/ /	

