

トラベルクリニック 申込書

今年度の定期健康診断受診日	2020年 5月 5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"/>

本申込書にパスワードをかけ、メールに添付して送信してください。予約日をメールでお知らせします。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）キャンセルの場合はご連絡ください。

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	2020年 11月 1日	
氏名	健康 仙太	
診断書表記希望氏名（英語）	KENKO Senta	
生年月日	1980年12月31日	
所属	保健・健康推進本部	内線(22573)
身分	教員	
共通ID	0123456789	
学生証番号		
住所	東京都文京区本郷7-3-1	
電話番号（携帯）	090-××××-〇〇〇〇	
メールアドレス	*****mail.u-tokyo.ac.jp	

※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。

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
ピオフェルミン	2001年 10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	渡航に関する主治医の意見
(病名等) 糖尿病	ベイスンOD錠0.2mg 1日3回毎食前	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件付で可 <input type="checkbox"/> 不可
		服薬を継続すること
気管支喘息	メプチンエアージェット 頓用	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付で可 <input type="checkbox"/> 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) 座骨神経痛		相談していない
		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 条件付で可 <input type="checkbox"/> 不可

※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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	年 月頃
精神疾患(疑いを含む)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	年 月～年 月頃
けいれん	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	年 月頃
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()	1985年1月～1995年2月頃
		年 月頃
		年 月頃
		年 月頃

女性に伺います	
妊娠について	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠していないとは言えない <input type="checkbox"/> 妊娠している
授乳について	<input type="checkbox"/> 授乳していない <input type="checkbox"/> 授乳中 児は 才 ヶ月
今回予定している渡航期間中であっても妊娠する可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
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	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(場所 : 年 月頃)	
ウイルス性肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(場所 : 年 月頃)、ウイルスの種類()	
寄生虫疾患	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> はい	場所:
		時期: 種類: <input type="checkbox"/> 熱帯性 <input type="checkbox"/> 三日熱 <input type="checkbox"/> 四日熱 <input type="checkbox"/> 卵形 <input type="checkbox"/> その他()
マラリアの予防内服をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	
	<input checked="" type="checkbox"/> はい	薬剤名: メファキン 副作用: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
高山病の予防内服をしたことがありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	<input type="checkbox"/> はい	薬剤名: 副作用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

予防接種歴

予防接種	既往あり、抗体陽性(日付)	種 未接	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)			1981/7/1	1981/8/1	1981/9/1	1982/5/1	
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		1981/2/3	1981/10/15	/ /	/ /	
BCG	<input type="checkbox"/> 既往 <input type="checkbox"/> 抗体陽性 年/ 月/ 日		1981/6/10	/ /	/ /	/ /	
麻疹風疹混合(MR)			1982/2/3	1987/12/10	/ /	/ /	
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 checked="" 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		1984/3/1	1985/3/1	1990/3/1	/ /	
ジフテリア・破傷風混合(DT)			1992/4/1	/ /	/ /	/ /	
ヒトパピロウイルス(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)			2020/10/15	/ /	/ /	/ /	

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
2020/1/10	飛行機8時間	バンコク、タイ	都市	ホテル	中継地	
2020/1/12	船舶4時間	プーケット、タイ	山村	テント	調査	動物捕獲
2020/2/10	飛行機8時間	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 など。

活動内容： 屋内活動 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☑してください	
<input checked="" type="checkbox"/> 必要な予防接種の相談	
<input checked="" type="checkbox"/> A型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 髄膜炎	
<input checked="" type="checkbox"/> その他：狂犬病)
* T-dap、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。	
<input checked="" type="checkbox"/> 英文の診断書、証明書希望 * 健診未受診の方は診断書、英文の文書作成はできません。	
<input checked="" type="checkbox"/> 英文の診断書 <input type="checkbox"/> ワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> 抗体証明書 <input type="checkbox"/> その他：)
<input type="checkbox"/> 必要な検査の相談	
<input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> T-SPOT <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他：	
<input checked="" type="checkbox"/> 必要な内服薬の相談	
<input checked="" type="checkbox"/> マラリア予防薬 <input type="checkbox"/> 高山病予防薬 <input type="checkbox"/> その他：)
<input checked="" type="checkbox"/> その他、相談したいこと（下痢をしないか心配です）)

以下の書類をメール添付して送信してください

- ・ 申込書（全て記入してください）
- ・ 母子手帳／ワクチン手帳／ワクチン接種を証明する公的書類（実施医師の印やサインがあるもの）
- ・ 要項／プログラム
- ・ 診断書の書式

※ワクチン接種歴を証明する必要がある場合は、受診時に母子手帳やワクチン手帳の原本を必ず持参してください。原本が確認出来ないとワクチン接種歴に関する証明書を発行出来ません。

メールアドレス

本郷保健センター：hoken-kanri-hongo.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp

駒場保健センター：hoken-kanri-komaba.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp

柏保健センター：hoken-kanri-kashiwa.adm@gs.mail.u-tokyo.ac.jp