

## 海外渡航者外来受診申込票 / 【初診時間診票】

下記にご記入後、メール又は FAX 送信ください。後ほど担当者からご連絡させていただきます。  
 海外渡航者外来 TEL: 072-684-7355 / FAX:072-684-6278 e-mail : travel\_clinic@ompu.ac.jp

ふりがな						
お名前						(男・女)
生年月日	西暦	年	月	日	(満歳)	
ご住所 電話番号	〒	-				
	(ご自宅)	-	-	(携帯)	-	-

- 記入を求められている書類のフォーマットがある場合は本票と同時に提供ください。  
 記入を求められている書類のフォーマット 有 無
- 母子手帳をお持ちの方は、予防接種のページ(見開き4ページ)も可能ならご提供ください。  
 母子手帳 有 無
- 海外渡航に関連するワクチン接種をしたことがありますか?  はい※  いいえ  
 ※はいとお答えの方にお聞きします。ワクチンはいつ頃、何の種類の予防接種をされましたか?  
 接種時期 ( \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月ごろ)  
 種類 ( \_\_\_\_\_ )
- 今回の渡航先・地域・時期を聞かせてください。  
 国名 (例: オーストラリア \_\_\_\_\_ )  
 地域名 (例: タスマニア島 \_\_\_\_\_ )  
 渡航予定日 ( \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ) 滞在期間 (例: 1年間 \_\_\_\_\_ )  
 渡航目的 (ビジネス・留学・観光・ボランティア・宗教行事・その他( \_\_\_\_\_ ))  
 渡航先にいる親族や友人を訪ねる旅行ですか?  はい  いいえ
- 滞在期間中に動物と接触する可能性はありますか?  はい  いいえ
- ご希望の予防接種の種類はお決まりですか?  はい※  いいえ  
 ※お決まりの場合は、ご希望のワクチンの種類にチェックを入れてください  
 A型肝炎(エイムゲン)       B型肝炎(ヘプタバックス)       麻疹/風疹混合  
 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)       水痘       狂犬病(ラビピュール)  
 日本脳炎(ジェービック)       髄膜炎菌(メナクトラ)       破傷風  
 不活化ポリオ  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- マラリア・高山病・Jet lag(時差ぼけ) 予防薬の処方をご希望されますか?  
 マラリア予防薬       高山病予防薬       Jet lag(時差ぼけ)予防薬
- 診断書作成のために必要な血液検査、尿検査などの検査希望はありますか?  
 はい       いいえ       わからない(診断書内容から担当医に判断して欲しい)

**お願いとご注意**

- 予防接種は健康保険の適用はされず、全額自己負担での接種になりますので、ご了承ください。
- 最終的な接種内容・検査内容は担当医と相談の上決定され、希望通りとならないこともあります。

--- 以下当クリニック記入欄 ---

予約日時	担当 Dr	外来受付	看護部	医局秘書	放射線科	臨床検査科
/ :	Dr					

