**海外渡航者外来受診申込票 /【初診時問診票】**

**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ご提供**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** |  |  |  |  |  |



**大阪医科薬科大学 健康科学クリニック**

**Osaka Medical and Pharmaceutical University Health Science Clinic**