

3. 健康に関する質問にお答えください / Please answer the following health questions.

- ① 治療中の病気、過去にかかった病気、健康診断で指摘された項目などがありますか？
/ Do you have any illnesses that you are treating or have ever had? Please check all that apply.

はい(Yes)

病名 Name of a disease

- 高血圧症(Hypertension) 糖尿病(Diabetes Mellitus)
 脂質異常症(Dyslipidemia) 心臓疾患(Heart disease)
 呼吸器疾患(Respiratory disease) 肝臓疾患(Hepatic disease)
 内分泌疾患(Endocrine disease) 神経疾患(Neurologic disease)
 精神疾患(Psychiatric disease) 皮膚疾患(Skin disease)
 その他(Others)→ ()

いいえ(No)

- ② 下記のうち、かかったことがある感染症はありますか？ / Have you suffered from the following infectious disease?

麻疹(Measles) 風疹(Rubella) おたふく(Mumps) 水痘(Varicella)

- ③ これまで接種したワクチンの最終接種日はいつですか？ / When is the latest date of vaccination?

ワクチン名 Name of vaccine()

接種日 Day of vaccination(年(year)/ 月(month)/ 日(day))

- ④ 最近体調がすぐれないところがありますか？ / Have you had any health problems recently?

はい(Yes)

具体的な症状・病名 Symptoms / Disease()

いいえ(No)

⑤ 常用している薬はありますか？ / Are there any medications that you take regularly?

はい(Yes)

薬剤名 Medication()

いいえ(No)

⑥ 喫煙歴はありますか？ / Do you smoke?

はい(Yes) 本(Cigarettes)/日(Day), 年間(Years)

以前吸っていました No, but I used to smoke.

いいえ(No)

⑦ 飲酒歴はありますか？ / Do you drink alcohol?

はい(Yes)

毎日(Everyday) 一週間に 回 / (Times per week)

量(Amount) mL/日(Day)

いいえ(No)

⑧ 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ / Are you allergic to any foods or medications?

はい(Yes)

薬剤名 Medication()

食品名 Food()

その他 Others()

いいえ(No)

⑨(女性の方のみお答えください)妊娠の可能性はありますか？ / (women only) Is there a possibility of pregnancy?

はい(Yes)

いいえ(No)

4. その他、事前に伝えておきたいことがあれば自由にご記載ください / Please (feel free to) describe any other information you would like to convey in advance.

()

5. 渡航外来を知った経緯をお答えください / Please tell us how you learned about travel clinic?

当院ホームページ Our website 知人の紹介 Referral from an acquaintance

インターネット Internet

他病院からの紹介 Referrals from other hospitals

(病院名 Name of hospital:)

その他 Others ()