



トラベルワクチン予診票

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日		年齢	
Email アドレス		電話番号	
出発日	<ニセコエリア出発日>		<日本出発日>

現在罹っている病気/健康上の問題はありますか？	
服用されている薬はありますか？	
家族歴	ご家族、近い親戚の方で深部静脈血栓症に罹った方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食物/薬剤アレルギーはありますか？	

●女性の方への質問です。

<input type="checkbox"/> 現在妊娠中, <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある, <input type="checkbox"/> 向こう3か月の間に妊娠をご希望されていますか？
授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
低用量ピルの服用やホルモン補充療法を受けておられますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

●ワクチン接種履歴 (別途母子手帳などワクチン接種履歴がわかるものがあれば記入不要です)

	一回目	2回目	3回目	4回目
ヒブ				
肺炎球菌				
B型肝炎				
四種混合				
BCG				
水痘				
日本脳炎				
ジフテリア・破傷風混合ワクチン				
子宮頸がん				
インフルエンザ				
ロタウィルス				
おたふくかぜ				
破傷風				
ポリオ				
A型肝炎				
腸チフス				
コレラ				
黄熱病				

	一回目	2回目	3回目	4回目
髄膜炎				
狂犬病				
ジフテリア				
水疱瘡				
風疹				

●渡航スケジュール

国名	到着日	出発日

●希望ワクチン名

接種を希望されるワクチンがあれば、ワクチン名をご記入ください	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

●渡航の目的

- 友人・家族訪問 キャンプ・ハイキング・トレッキング スキューバダイビング
 高地での登山（2500m以上） 医療活動 動物に関わる業務
 その他（ご記入ください： _____)

●渡航について下記に当てはまる場合はチェックを入れてください。

- お子様との渡航 慢性疾患がある クルーズ船での旅行 長期滞在/留学
 免疫低下の方 災害救援
 その他(ご記入ください: _____)