

## 海外渡航・感染症/トラベルワクチン外来 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏 名		体 温	
保護者氏名 (20歳未満の場合)		電 話	
住 所		生年月日	

1, 現在、治療している病気はありますか

病名	時期（いつ頃から）
無 / 有	

2. 現在使用している薬はありますか

無 / 有	(薬剤名)
-------	-------

3.過去に手術や病気をしたことはありますか

病名	時期（いつ頃）
無 / 有	

4.アレルギーはありますか、 またどのような症状がでますか

薬 剤	無 / 有      アルコール消毒    その他下記に記入
食 べ 物	無 / 有      メロン    キウイ    バナナ    その他下記に記入
そ の 他	ゴム製品      金属（種類                      ）花粉（                      ）      その他下記に記入