

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