# 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<br>氏　　名 | | 体　温 | |
| 保護者氏名<br>(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 |