**岡山大学病院　渡航ワクチン外来　事前問診票**

氏名：　　　　　　　　　年齢：　　歳　性別：男・女　生年月日（T/S/H/R）　　年　　月　　日

（旧姓）

ひらがな表記：　　　　　　　　 　　　　パスポートのローマ字表記：

住所：〒

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

質問１．岡山大学病院の診察券をお持ちですか？　　　　　　　　　　　　 はい　　　　いいえ

（お持ちの場合、診察券番号を記載ください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

質問２．岡山大学の学生ですか？（いずれかに〇をしてください）　　　　　はい　　　　いいえ

**１．渡航に関連する内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 国籍 | 　日本　　　　それ以外（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 渡航する国／地域、滞在都市 |  |
| 経由地・移動手段 |  |
| 渡航目的 | □仕事　□観光　□留学　□帯同　□その他（　　　　　） |
| 渡航の期間 | （　　　　　　　）日間 |
| 出発予定日 | 月　　　　　日 |
| 滞在先の環境 | □都市部　　□農村部　　□その他（　　　　　　　　　） |
| これまでのワクチン接種歴 |  |
| 希望するワクチンはありますか？ |  |
| 絶対に接種が必要なワクチンは？（特に、留学者はご注意下さい） |  |
| ワクチンにかけられる予算は？ | □自費　　　□会社負担 |
| 接種証明書の発行は必要ですか？ | 　いいえ　　　はい　（　英語　　日本語　　その他　） |
| これまでの渡航歴 |  |

**２．一般的な内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の治療中の病気がありますか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| 現在、何か薬を使用していますか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| 免疫不全と診断されたことがありますか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| 最近、4週間以内にワクチン受けましたか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| 最近、1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| ガンマグロブリン製剤の投与を受けた事がありますか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| ワクチン・薬剤などに対するアレルギーがありますか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| 以前、ワクチン接種時に何か問題がありましたか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |
| 【女性の方】現在、妊娠の可能性はありますか？ | いいえ　　はい（　　　　　　　） |

受診希望日：　　　　年　　　月　　　日

【注意事項】

・渡航ワクチン外来は**自費診療での受診**となります。

・事前問診票をメールで提出後、事前に何度か情報交換をさせていただき、こちらで受診日を予約いたします。

・ワクチン接種費用に加えて、診察料がかかります。（相談料：3,190円）

・ワクチン接種証明書料が必要な方は別途5,５00円が必要です。

【受診当日に持参する物】

・母子健康手帳（これまでのワクチン接種歴を正確に把握するため）

・予防接種手帳（母子手帳以外にワクチン接種歴が分かるものがあればご持参ください）

・パスポート　（氏名のローマ字表記を確認するために初回のみ持参）

・学生証　　　（岡山大学の学生の場合は学生料金が適応されるためご持参ください）

・保険証

問診日：　　　　年　　　　月　　　　日

問診者：

受診予約日：　　　　年　　　　月　　　　日