**徳島大学病院渡航外来 予約専用申込票**



**渡航外来予約メールアドレス： tokou@tokushima-u.ac.jp**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性　別 | | 男　　　・　　　女 | |
| ローマ字表記 |  | | | 生年月日 | | 年 　　　　月　 　　　日  （　 　歳） | |
| 渡航者  氏名 |  | | |
| 現 住 所 | 〒  ※連絡先 （ ） － ※E-mail | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ※本人以外で緊急の連絡が可能な相手先  氏名  連絡先電話番号 （ ） － | | | | | | |
| 徳島大学病院受診歴  **（歯科含む）** | | 受診歴がある方は診察券を確認して必ずご記入ください  無　・ 有　＝　登録番号　（　　　　　　 　　　　　　　　　） | | | | | 旧姓・旧住所での受診歴がある際には,お電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。 |
| 今回の受診目的は　・・・ ①ワクチン接種希望　　②予防内服薬の処方　③外国人体格検査記録（中国渡航前健診）  ④英文診断書の発行　（フォーマットがあればメールに添付して下さい） | | | | | | | |
| 出国時期・期間 | | 未定 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日（　　　年　　ヶ月） | | | | |
| 来院希望日 | | なし | ① 年　 月 　日（　　　） | | ②　年　 月　 日（　　　） | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属  （社名・学校名） |  | | 連絡先 | （　　　）　　　－ |
| 申込者氏名 |  | | E-mail |  |
| 出国先 |  |  | 渡航目的 | 赴任　　・　　出張　　・　　留学  その他（　　　） |
| 都市名 |  |  |

* 他施設での接種状況　（該当する項目を○で囲み，ありの場合はワクチン名等ご記入下さい。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 他施設の予約状況 | なし　・　　あり　　（ワクチン名：　　　　　　　　　　　　　，接種予定日　　　　　　　　　　） | | | |
| 他施設の接種状況 | ※渡航に際して，過去に予防接種を受けたことがある場合は，ワクチン名と接種日をご記入下さい | | | |
| ワクチン名 | 回数 | 接種年月日 | 副反応の有無 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 保険情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険 | 保険者  番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人 | 家族 | 負担割合  　　　割 | 開始日 | 年　　　月　　　日 |
| 記号 |  | | | | | | 番号 | |  | | | 終了日 | 年　　　月　　　日 |

* **受付時間　月~金　９：００～１７：００　（土日祝，年末年始は除く）※診療時間とは異なりますのでご注意ください**

なるべく余裕を持って出発の１ヶ月以上前にお申し込みください。

* 予約表確認後，1週間以内に渡航外来担当医師がメールまたは電話にてご連絡いたします。
* 連絡先は日中ご連絡可能な電話番号を記入してください。
* **初診当日**は，当院診察券（お持ちの方）・母子手帳他，担当医から指示されたものを準備し外来診療棟１F①番「初診・FAX予約窓口にて受付してください。
* **再診の方**は，同②番再診窓口にて「渡航外来予約済み」と伝えて受付し，その後3Fの内科外来にて再度受付して下さい。