

海外渡航者健康管理調査票【帰国 1 週間後提出】

年 月 日提出

所属	学籍番号:				
	学科	専攻・コース	年次生		
氏名	ふりがな		男 ・ 女	年 月 日生 ()歳	
	〒				
現住所	携帯電話: メールアドレス:				
渡航目的	<input type="checkbox"/> 海外実習 <input type="checkbox"/> クラブ活動		<input type="checkbox"/> その他 <input type="radio"/> 個人() <input type="radio"/> 団体(団体名:)		
渡航先			渡航期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

I. 下記症状について(なし・あり)の該当欄に○印をつけ、ありの場合は必要事項を記入して下さい。

症 状		渡 航 中		帰 国 時(機内)	
1	発熱	なし・あり	体温 度 日間	なし・あり	体温 度 日間
2	頭痛	なし・あり	日間	なし・あり	日間
3	悪寒(さむけ)	なし・あり	日間	なし・あり	日間
4	下痢	なし・あり	日間(1日 回)	なし・あり	日間(1日 回)
5	腹痛	なし・あり	日間	なし・あり	日間
6	吐き気・おう吐	なし・あり	日間	なし・あり	日間
7	全身がだるい	なし・あり	日間	なし・あり	日間
8	食欲がない	なし・あり	日間	なし・あり	日間
9	夜眠れない	なし・あり	日間	なし・あり	日間
10	発疹・湿疹	なし・あり	日間	なし・あり	日間
11	外傷	なし・あり	部位 症状	なし・あり	部位 症状
12	時差ボケ	なし・あり	日間	なし・あり	日間
13	その他の症状				

II. 渡航中を使用した薬品名

・薬品名[]使用期間() ・薬品名[]使用期間()
 ・薬品名[]使用期間() ・薬品名[]使用期間()

III. 渡航中利用した医療機関名と病名など

・医療機関名 [] 病名 ()

期間: 年 月 日 ~ 年 月 日まで

※早急に医師の診察を希望される方、相談したい事項のある方は医務室または学生支援課までご連絡下さい。

又、帰国時の空港検疫所にて検便を受けた場合は、速やかに医務室または学生支援課へ報告して下さい。

TEL : 医務室 : 0743-63-8418 学生支援課: 0743-63-8248