



คลินิกเวชศาสตร์ท่องเที่ยวและการเดินทาง (Travel Clinic)

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
มหาวิทยาลัยมหิดล

HN..... 1

TC.....
(ก่อนเดินทาง)

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด..... เพศ ช หญิง

อาชีพ..... ที่อยู่..... จังหวัด.....

โทรศัพท์..... E-mail (กรุณาระบุ).....

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเดินทางเบื้องต้น

ประวัติการเดินทางต่างประเทศใน อดีต 6 เดือน ที่ผ่านมา

ครั้งที่	ประเทศ	ช่วงระยะเวลา	กิจกรรมระหว่างอยู่	อาการผิดปกติ (ถ้ามี)
1.				
2.				
3.				
4.				

ประวัติการเดินทางต่างประเทศใน อดีต 5 ปี ที่ผ่านมา (ไม่รวม 6 เดือนที่ผ่านมา)

ประเทศ.....ในปีพ.ศ.....ระยะเวลาที่อยู่.....วัน / เดือน

ประเทศ.....ในปีพ.ศ.....ระยะเวลาที่อยู่.....วัน / เดือน

จุดมุ่งหมายในการเดินทาง **ครั้งนี้** ท่องเที่ยว ทำงาน-ธุรกิจ เยี่ยมเพื่อน-ญาติ อื่นๆ.....

กำหนดออกเดินทาง วันที่.....เดือน.....ปี..... กำหนดกลับจากการเดินทาง วันที่.....เดือน.....ปี.....

ประเทศที่กำลังจะเดินทางไป **ครั้งนี้**

ประเทศ.....ระยะเวลาที่คาดว่าจะอยู่.....วัน/เดือน พื้นที่ท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ชนบท ในเมือง

ประเทศ.....ระยะเวลาที่คาดว่าจะอยู่.....วัน/เดือน พื้นที่ท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ชนบท ในเมือง

ประเทศ.....ระยะเวลาที่คาดว่าจะอยู่.....วัน/เดือน พื้นที่ท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ชนบท ในเมือง

ประเทศ.....ระยะเวลาที่คาดว่าจะอยู่.....วัน/เดือน พื้นที่ท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ชนบท ในเมือง

คุณมีโรคประจำตัวใดๆหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ).....

คุณใช้ยาประจำใดๆหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ).....

คุณเคยแพ้ยาหรือสารต่อไปนี้หรือไม่

ยา ไม่เคยแพ้ เคยแพ้(ระบุ).....

วัคซีน ไม่เคยแพ้ เคยแพ้(ระบุ).....

ส่วนประกอบของวัคซีน(ไข่, ถั่วเหลือง, gelatin, yeast, เหล็กในผง) ไม่เคยแพ้ เคยแพ้.....

สำหรับสุขภาพสตรี

คุณกำลังตั้งครรภ์หรืออยากจะมีบุตรหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ).....

คุณกำลังให้นมบุตรอยู่หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

ตอนที่ 2 การมาพบแพทย์ครั้งนี้

สาเหตุการมาที่คลินิก

- ขอคำปรึกษาเรื่องมาลาเรียและการป้องกัน
- ขอคำปรึกษาเนื่องจากไม่สบาย (ระบุนอาการ).....
- ต้องการตรวจสุขภาพ , ขอใบรับรองแพทย์
- ต้องการฉีดวัคซีน (ระบุนชนิด).....

ท่านเคยได้รับวัคซีนต่อไปนี้หรือไม่

วัคซีน	การรับวัคซีน	ได้รับครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
<input type="radio"/> พิษสุนัขบ้า	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> ไทฟอยด์	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> คับอักเสบ เอ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> คับอักเสบ บี	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> ไขหวัดใหญ่	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> โปลิโอ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> ไขเหลือง	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> บาดทะยัก	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> ไขสมองอักเสบ เจอี	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....
<input type="radio"/> อหิวาตกโรค	<input type="radio"/> ครบ <input type="radio"/> ไม่ครบ	วันที่.....

คุณรู้จักคลินิกเราได้อย่างไร

- เพื่อน / ญาติ
- โรงพยาบาลอื่นแนะนำมา(ระบุ).....
- จากอินเทอร์เน็ต ぐるหาระบุ Website.....
- นิตยสาร/หนังสือพิมพ์
- แผ่นพับ/ป้ายประชาสัมพันธ์
- อื่น ๆ

ลงชื่อ..... วันที่.....

บันทึกการให้บริการ โดยพยาบาล ท่านั้น

1. วันที่:	2. วันที่:	3. วันที่:	4. วันที่:
ประเทศ:	ประเทศ:	ประเทศ:	ประเทศ:
รายละเอียด:	รายละเอียด:	รายละเอียด:	รายละเอียด:
นัดครั้งต่อไป:	นัดครั้งต่อไป:	นัดครั้งต่อไป:	นัดครั้งต่อไป: