

日本旅行医学会(会員用) 登録内容変更届(一般、認定医) _____年 月 日

貴学会に登録されている内容を以下のように変更してください。 会員番号

ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
会 員 名		生年月日	年	月 日

自 宅

ふりがな	〒
自宅住所	

自宅電話		自宅FAX	
------	--	-------	--

勤 務 先

勤務先名称	
-------	--

部 署	
-----	--

ふりがな	〒
所在地	

勤務先電話		勤務先FAX	
-------	--	--------	--

資格	医師(<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 その他の医療系技師()
事業内容	<input type="checkbox"/> 旅行業 <input type="checkbox"/> 保険業 <input type="checkbox"/> 行政関係 <input type="checkbox"/> 教育関係 その他()

※認定医リストに掲載している方へ

・認定医リストの勤務先も上記に変更しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・診療内容の変更はありますか？	<input type="checkbox"/> はい(次ページもご記入ください) <input type="checkbox"/> いいえ
・上記勤務先以外を認定医リストに掲載しますか？	<input type="checkbox"/> はい(次ページもご記入ください) <input type="checkbox"/> いいえ

通 信 先

E-mail		書類送付先 (どちらか1つ)	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅
※必ずご記入ください				

その他の変更

--

認定医リスト変更届(認定医)

年 月 日

学会誌やHPIに情報を載せてよい はい いいえ ※一般診療を行っていない場合は掲載できません。

ふりがな		認定番号	
会員名			

勤務先 ※登録内容と同じ場合記入の必要はありません

勤務先名称	
-------	--

ふりがな	〒
所在地	

勤務先電話		勤務先FAX	
-------	--	--------	--

通信先

E-mail	
--------	--

※患者さんからの問い合わせ用です

ホームページ	http://
--------	---------

診察内容 ※該当する項目に☑をつけてください。全ての項目が”対応できない”場合は掲載できません。

1. 留学・赴任のための予防接種 対応ができる 対応ができない
 ↓
 <対応できるものすべてに○印をつけてください。(輸入ワクチン可)>
 A型肝炎 B型肝炎 破傷風 狂犬病 日本脳炎 ポリオ ジフテリア A・B型肝炎混合 腸チフス
 コレラ MR(麻疹・風疹混合) MMR(麻疹・おたふく・風疹混合) ダニ脳炎 髄膜炎

2. 高山病薬ダイアモックスの処方 できる できない

3. エピペン(エピネフリン、アナフィラキシー補助治療剤)の処方 できる できない

4. ダイビングの相談 専門的な対応ができる 一般的な対応ができる 対応ができない

5. 英語での診療 専門的な対応ができる 一般的な対応ができる 対応ができない

6. 英文旅行診断書の作成 複雑な内容でも作成できる 簡単な内容なら作成できる 作成できない

7. 旅行前の相談 専門的な対応ができる 一般的な対応ができる 対応ができない

8. 帰国後の相談 専門的な対応ができる 一般的な対応ができる 対応ができない

9. 「自己記入式 安全カルテ」の取り扱い
 3冊とも取り扱っている 一部のみ取り扱っている(成人用 学生用 小児用) 取り扱っていない

10. 備考(診察日時 予約の有無など)