

子宮頸がんワクチン問診票（いとう内科循環器科クリニック）

ご住所	TEL :	
受ける人の氏名	男・女	才

- ◆ ワクチンを受ける際の注意：（自費診療 15620 円）
- ◆ 注射部の腫脹、疼痛が 10%以上に認めます
- ◆ 高熱や嘔吐など重篤な副作用が出現したさいは連絡してください。

1. 今までに受けた予防接種で特に具合が悪くなったことがありますか？ あれば (予防接種、 才ごろ)	1) はい	2) いいえ
2. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ あれば (予防接種)	1) はい	2) いいえ
3. しっしんなどの皮ふの病気がありますか？	1) はい	2) いいえ
4. 今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか？ あれば病名 ()	1) はい	2) いいえ
5. 今までにけいれんをおこしたことがありますか？	1) はい	2) いいえ
6. 今までに薬を飲んで皮ふに発疹やじんましんなどが出たことがありますか？	1) はい	2) いいえ
7. たまごを食べて皮ふに発疹やじんましんが出たり、下痢をしたことがありますか？	1) はい	2) いいえ
8. ぜんそく、鼻アレルギー、しっしん・じんましんの出やすい体質ですか？	1) はい	2) いいえ
9. 今までに心臓、肝臓、腎臓などの何か重い病気にかかったことがありますか？ あれば 病名 (, 才ごろ)	1) はい	2) いいえ
10. 今朝の体温は？	度	
所見（医師記入欄）不適	適	