

# HPV ワクチン副反応疑い患者 受診票

紹介医療施設 \_\_\_\_\_ 紹介者名 \_\_\_\_\_ R 年 月 日

氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
学年	小学6年生・中学1年生・中学2年生・中学3年生・高校1年生 それ以外 ( )		
接種したワクチン	サーバリックス ・ ガーダシル ・ シルガード9		
ワクチン接種医療機関			
ワクチン接種日時	1回目 年 月 日 時 分 ロット番号：		
	2回目 年 月 日 時 分 ロット番号：		
	3回目 年 月 日 時 分 ロット番号：		
症状発生日時	年 月 日 時 分		
症状：以下の中から患者さんが訴えているものを選んでください（複数回答可）			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持続性の痛み（手・腕・肩）      ・ 関節痛、関節のこわばり</li> <li>・ 顔面痛、まぶたが下がる    ・ 頭痛    ・ 麻痺    ・ 歩行障害    ・ 運動低下    ・ 脱力</li> <li>・ めまい    ・ 嚥下困難    ・ 感覚鈍麻    ・ 失神、意識消失、意識レベル低下</li> <li>・ 痙攣、顔面痙攣    ・ 不随意運動    ・ 立ちくらみ    ・ 記憶力低下    ・ 発声障害、会話障害</li> <li>・ 吐き気、嘔吐    ・ 倦怠感    ・ 発熱    ・ 腹痛、下痢    ・ 浮腫</li> <li>・ 抑うつ気分    ・ 不眠</li> <li>・ 目の異常（視覚異常、視力障害、まぶしい）</li> </ul>			
その他 ( )			
接種から貴院受診までの経過 および貴院における治療経過など			