

# HPV ワクチン接種前追加問診表

本調査にご参加いただきありがとうございます。  
表面のご記入をお願いします。（裏面は医師が記入します）

接種時期年齢	歳 月
生年月（日付は不要です）	年 月
居住地	<input type="checkbox"/> 横浜地域 <input type="checkbox"/> 川崎地域 <input type="checkbox"/> 横須賀三浦地域 <input type="checkbox"/> 県央地域 <input type="checkbox"/> 湘南地域 <input type="checkbox"/> 県西地域 <input type="checkbox"/> その他（ ）
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
接種日	年 月 日
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
免疫不全の有無について (免疫力が低下する疾患をお持ちの方、ステロイドや免疫抑制薬を内服中の方など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
過去ワクチンの有害事象について (HPVワクチン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
過去ワクチンの有害事象について (HPVワクチン以外)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
基礎疾患について (過去や現在、発症したことのある特に大きな病気がありましたら記入をお願いします)	自由記載
接種希望理由(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 自治体から接種案内が届いたため <input type="checkbox"/> 厚生労働省が積極的勧奨を再開したため <input type="checkbox"/> インターネットで情報を得たため <input type="checkbox"/> SNSで情報を得たため <input type="checkbox"/> 友人からの勧め <input type="checkbox"/> 友人が接種したため <input type="checkbox"/> かかりつけ医からの勧め <input type="checkbox"/> 学校の先生からの勧め <input type="checkbox"/> 学校の養護教諭からの勧め <input type="checkbox"/> その他の人からの勧め ( )

医師が記載  
後日、レジストリに入力する際の備忘録としてご使用ください。  
(電子カルテ等を併用して記載なさる場合はご記載いただかなくても結構です)

施設内登録番号	
接種ワクチン種類	<input type="checkbox"/> ガーダシル (HPV4) <input type="checkbox"/> サーバリックス (HPV2) <input type="checkbox"/> シルガード9 (HPV9) <input type="checkbox"/> 9価輸入ワクチン
接種回数	回目
接種部位	<input type="checkbox"/> 三角筋 <input type="checkbox"/> 大腿四頭筋 <input type="checkbox"/> その他
接種類型	<input type="checkbox"/> 定期接種 <input type="checkbox"/> 救済接種 (キャッチアップ) <input type="checkbox"/> 任意接種 <input type="checkbox"/> その他 ( )
同時接種ワクチンの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
基礎疾患について (複数回答可) (表面の患者さんに記載を参考にご記載ください)	<input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 (喘息以外) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 慢性肝疾患 <input type="checkbox"/> 慢性神経疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌代謝疾患 <input type="checkbox"/> 血液腫瘍疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> その他 ( )
今回のHPVワクチン接種直後の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし  <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 悪心嘔吐 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 ( )