

# HPV(ヒトパピローマウイルス)感染症予防接種問診票

ID: \_\_\_\_\_

記載

(フリガナ)

お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 才)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

(自己申告可)

## 1 月経(生理)について

最終月経: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

月経周期: \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日 (順 ・ 不順)

初めて月経がきたのは \_\_\_\_\_ 才

## 2 現在の状態について

性交渉歴 (有 ・ 無)

妊娠歴 (有 ・ 無)

## 3 アレルギーはありますか? いいえ はい(下記に記入)

薬品:

食物:

その他:

## 4 現在、服用中の薬はありますか?

いいえ  はい → お薬手帳 (有 ・ 無)

## 5 喘息はありますか?

いいえ

はい → ( \_\_\_\_\_ 才から 最終発作: \_\_\_\_\_ 才 薬剤 \_\_\_\_\_ )

~ご記入ありがとうございました。

個人情報の取り扱いには十分注意いたします。~