

HPVワクチン副反応支援センター受診票

紹介医療施設 _____ 紹介者 _____

年 月 日

氏 名		年齢	歳
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		
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
	(2回目)	年	月 日 時
	(3回目)	年	月 日 時
症状発現日時		年	月 日 時
症状：以下から患者が訴えている症状を選んでください。（複数回答可）			
・持続性の痛み（手、腕、肩） ・関節痛、関節のこわばり			
・顔面痛、まぶたが下がる ・頭痛 ・麻痺 ・歩行障害 ・運動低下 ・めまい ・嚔下困難 ・感覚鈍麻 ・失神、意識消失、意識レベル低下 ・痙攣、顔面痙攣 ・不随意運動 ・記憶力低下 ・発声障害、会話障害			
・吐き気、嘔吐 ・倦怠感 ・発熱 ・腹痛、下痢 ・浮腫			
・抑鬱気分 ・不眠症			
・目の異常（視覚異常、視力障害、まぶしい）			
・その他（記載して下さい）			
貴院受診までの経過および貴院における診断名と治療内容の概略			
年 月 日			

この書式と紹介状、受診に必要な書類を「北海道大学病院 初診予約申込書」と一緒に FAX (011-706-7963) してください。