

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)					
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・嚥下困難 ・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。