

HPV ワクチン接種後に生じた症状に関する質問票

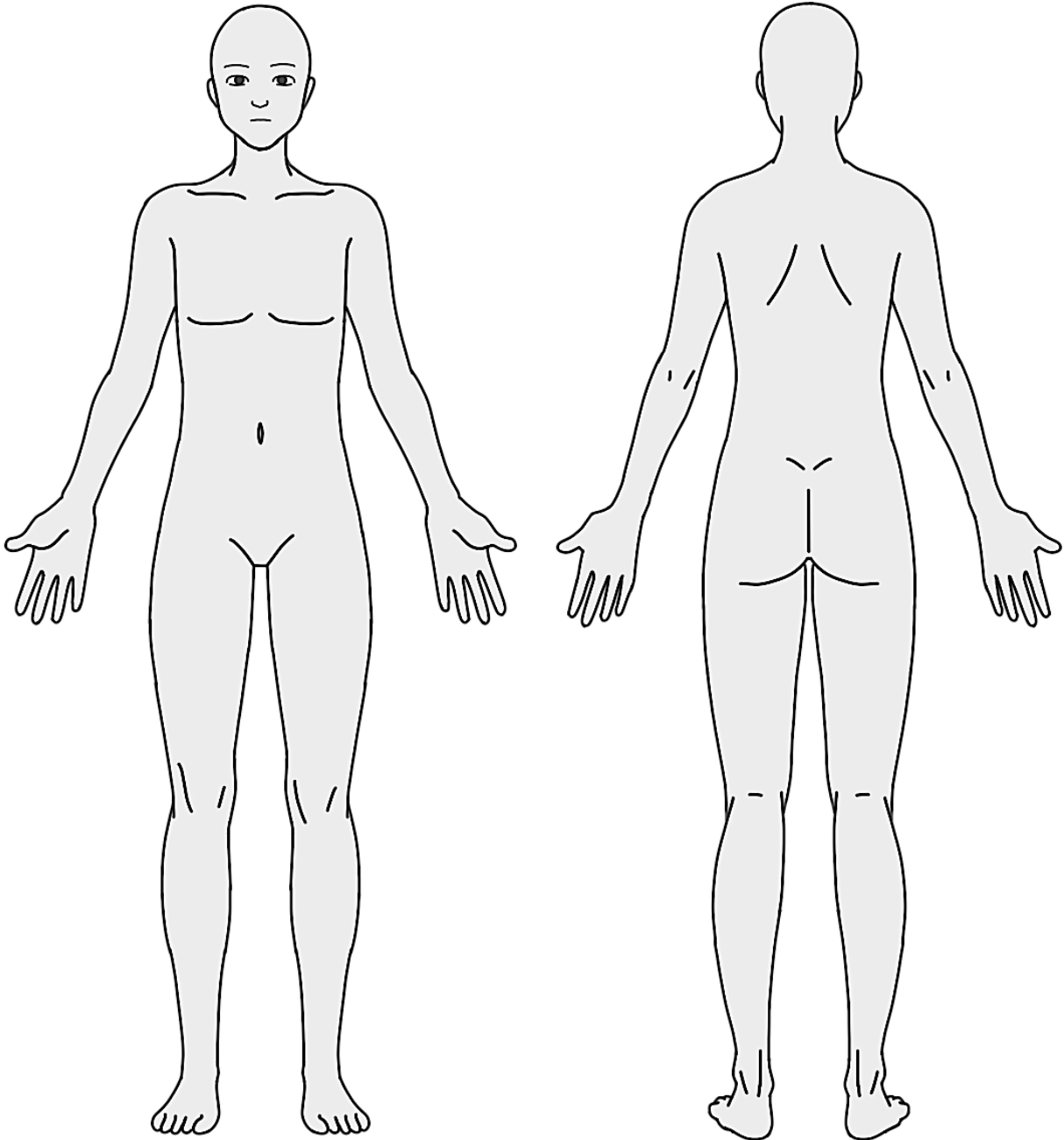
HPV ワクチンを接種後に出た症状について、空欄に記入し、 に数字または✓を入れてください。

分からないところはそのままかまいません。数枚渡しますので新たな症状変化があればその都度記録して下さい。

氏名	ひらがな	生年月日	20	年	月	日		
記入日	20	年	月	日	記入者氏名	続柄		
HPV ワクチンの接種時期								
1回目	20				<input type="checkbox"/> サーバリックス	<input type="checkbox"/> ガーダシル	<input type="checkbox"/> シルガード9	ロット番号
2回目	20				<input type="checkbox"/> サーバリックス	<input type="checkbox"/> ガーダシル	<input type="checkbox"/> シルガード9	ロット番号
3回目	20				<input type="checkbox"/> サーバリックス	<input type="checkbox"/> ガーダシル	<input type="checkbox"/> シルガード9	ロット番号
症状								
①	4週間以上続くだるさ、脱力感	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
②	慢性の頭痛（起立時によりつらいこともある 激しい頭痛も含む）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
③	関節の痛み（移動する場合も含む）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
④	手足の痛み（移動することもある）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑤	筋肉痛（移動することもある）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑥	手足のふるえ	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑦	立ちくらみあるいは失神	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑧	下痢、便秘、腹痛などを繰り返す	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑨	脱力発作	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑩	手足の麻痺	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑪	歩行の障害	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑫	手足の冷感	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑬	異常感覚（足がむずむずする、しびれる、肌に触れられると痛いなど）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑭	光がまぶしい、または音がうるさい、または匂いがきつい	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑮	過眠（夜眠っていても日中に眠くて仕方がない、寝てしまう）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑯	不眠	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑰	すぐ忘れる（一部の記憶が抜けていることもある）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑱	集中力がなくなる	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑲	長文の読解あるいは会話の困難	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
⑳	計算ができなくなる	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
㉑	無月経	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
㉒	過多月経（激しい月経痛のこともある）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
㉓	皮膚の異常（蕁麻疹、紅斑、湿疹、粘膜のただれ、肌の乾燥など）	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
㉔	登校または就労が困難	<input type="checkbox"/> いつもある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> かつてあったが今はない	<input type="checkbox"/> ない			
㉕	他に気になることがあればお書き下さい							

HPV ワクチン接種後に生じた症状が身体のどの部位にあるかを記入して下さい。

表の質問票記入日での身体症状を図で示して下さい。



イラスト：看護 roo!より

痛みのある場所に斜線を付けて下さい。

その他の症状があれば以下にある症状から該当するものを○で囲み、あるいは（ ）内にその症状を記入して身体図に縦線を入れて下さい。

・かゆみ ・しびれ ・冷感 ・冷え ・熱感 ・むずむず感 ・その他（ ）