

麻疹（はしか）に関する問診票  
Medical questionnaire for measles

この問診票は、皆さまの健康管理に役立てるためのものです。記入の内容については  
秘密を厳守し、皆さまの健康管理以外の目的には使用いたしません。

記入日：            年    月    日

氏名		男・女	生年月日	年	月	日	歳
----	--	-----	------	---	---	---	---

1.過去の麻疹（はしか）の罹患歴について、教えてください。

①過去に麻疹（はしか）にかかったことはありますか？

a.無

b.不明

c.有 → （        歳の時）あるいは（        年    月    日）

②母子手帳等の記録によって確認しましたか？

a.していない

b.した

2.麻疹（はしか）に対する予防接種歴について、教えてください。

①1回目

a.無

b.不明

c.有 → ワクチンの種類（麻疹（はしか）・MR・MMR・不明）  
接種年月日（        年    月    日・不明）

②2回目

a.無

b.不明

c.有 → ワクチンの種類（麻疹（はしか）・MR・MMR・不明）  
接種年月日（        年    月    日・不明）

③母子手帳等の記録によって確認しましたか？

a.していない

b.した

注）MR:麻疹風しん混合ワクチン MMR：麻疹おたふくかぜ風しん混合ワクチン

\*健康診断終了後、担当者に提出してください。

ご協力、どうもありがとうございました。