

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。