



# HPVワクチン副反応予約申込書

作成日: R5.9

送信日 令和 年 月 日

国立大学法人  
高知大学医学部附属病院

副反応相談担当

TEL 088-888-0400(直通)

FAX 088-880-2774(直通)

受付時間：平日 8:30 ~ 16:30

予約日時が決定後、予約票をFAXしますので  
患者さんにお渡し願います。

医療機関名	
所在地	
電話番号	( ) -
FAX番号	( ) -
診療科名	科
医師氏名	
送信部署・送信者	/

希望診療科・医師	科	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日	第2希望 令和 年 月 日
	医師			
担当医師事前連絡	<input type="checkbox"/> 未 ・ <input type="checkbox"/> 済	ご都合により来院できない日		令和 年 月 日 令和 年 月 日
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 ・ <input type="checkbox"/> 検査 ・ <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> その他( )	患者状況	現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 ・ <input type="checkbox"/> 入所中 (通院中の場合はチェック不要)
			ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
持続点滴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
ワクチン接種医療機関		(備考)		
接種したワクチン	<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			
ワクチン接種日	(1回目)	年 月 日 時	診療情報提供書について	<input type="checkbox"/> 当日、患者さんが持参します
	(2回目)	年 月 日 時		<input type="checkbox"/> 郵送します
	(3回目)	年 月 日 時		※ 画像データ等有りの場合 CD-R <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
症状発現日時	年 月 日 時			

症状(該当する症状に○印をお願いします。)

・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 ・湿疹、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 ・抑うつ気分 ・不眠症

・目の異常(視力異常、視力障害、まぶしい)

・その他( )

### 患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓	男女	大・昭平・令 年 月 日生( 歳)
現住所	( 〒 - )		
電話番号	☎ 自宅 ( ) - 呼出( 様方) ☎ 携帯 ( ) -		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (診察券番号【7桁】: ) ・ <input type="checkbox"/> 不明		

※注意点 ・ 紹介状は必ず添付願います。【事前に FAX 送信してください。】  
ワクチン接種日・接種場所・基礎疾患の有無・症状(時系列)等を詳細に記載願います。

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時