【所定用紙６】

麻しん（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.過去の麻しん（はしか）の罹患歴について、教えてください。

①過去に麻しん（はしか）にかかったことはありますか？

☐無　　☐不明

☐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？

☐していない

☑した

2.麻しん（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

☐無　　☐不明

☑有　→　ワクチンの種類（☐麻しん(はしか)・☐MR・☐MMR・☐不明）

接種年月日（　　年　　月　　日・☐不明　）

②2 回目

☑無　　☐不明

☐有　→　ワクチンの種類（☐麻しん(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？

☐していない

☑した

注）MR:麻しん風しん混合ワクチン　MMR：麻しんおたふくかぜ風しん混合ワクチン

大正大学保健室