

風疹問診票

【氏名】 _____ (カタカナ) _____) さん

【生年月日・年齢】 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

【分娩予定日】 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

来院日 (_____ 月 _____ 日) は、妊娠 _____ 週 _____ 日

【職業】 保育師、看護師、医師、事務職、製造、その他
(具体的に _____)

【通勤経路】 ラッシュ (無・有)
徒歩・自転車・自動車・公共交通機関 (具体的に _____)

【風疹にかかった時期】 (無・不明・有)
西暦 _____ 年 _____ 月 (記録 (母子手帳・その他 _____)・記憶 (本人・家族 _____))

【風疹ワクチンを接種したこと・時期】 (無・不明・有 ; 西暦 _____ 年 _____ 月)

【妊娠中の風疹の発症】 (無・有)

【風疹の周囲での流行】 (無・有)

【風疹患者さんとの濃厚な接触】 (無・有)

【夫・パートナー】 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
風疹罹患歴 : (無・不明・有 (記録 (母子手帳・その他 _____)・記憶 (本人・家族 _____))

風疹ワクチンを接種したこと・時期 (無・不明・有 ; 西暦 _____ 年 _____ 月)

【抗体の値・気になる症状など】

採血日 (妊娠週数)	風疹 HI 抗体	風疹 IgG 抗体	風疹 IgM 抗体
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (妊娠 _____ 週 _____ 日)			
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (妊娠 _____ 週 _____ 日)			
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (妊娠 _____ 週 _____ 日)			