

風疹問診票

氏名()

年齢 歳(昭和・平成 年(西暦 19 年) 月 日生)

分娩予定日:平成 年(西暦 201 年) 月 日、来院日(月 日)は

妊娠 週 日

【職業】接客、事務職、製造、その他(具体的に「 」)

週に不特定多数の人と何人くらいお話ししますか?(人)

【通勤経路】ラッシュ(なし・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】(なし・不明・有(母子手帳などに記録があるか、母親やご本人の記憶か?))

【風疹ワクチンを接種したこと・時期】(なし・不明・有)

【妊娠中の風疹の発症】(なし・有)

【風疹の周囲での流行】(なし・有)

【風疹患者さんとの濃厚な接触】(なし・有)

【パートナー】年齢 歳(昭和・平成 年(西暦 年) 月 日生)

風疹罹患歴:(なし・不明・有)記録(母子手帳、その他)・記憶(母親、その他)

風疹ワクチン接種したこと・時期:(なし・不明・有)

【抗体の値、気になる症状など】なし

採血日(妊娠週数)	風疹HI抗体	風疹IgG抗体	風疹IgM抗体
2017年 月 日(妊娠 週 日)			
2017年 月 日(妊娠 週 日)			
2017年 月 日(妊娠 週 日)			