

一般財団法人難病治療研究振興財団

# 医療相談 行

## FAX : 03-3580-8533

郵送先住所：〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-4-1日土地ビル1階  
リウマチ膠原病治療研究センター内

E-mail : info@jmrif-nanbyou.org

送信日	平成	年	月	日	受付番号 (財団記入)			
患者様 氏名	フリガナ			ご連絡可能な方 のお名前 (保護者の方)	フリガナ		本人・ 父・母・ その他	
性別	男・女	年齢	歳	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
住所	〒			都・道・府・県				
				市・郡		区		
電話番号				FAX番号				
携帯電話	本人・父・母・他							
E-mail	@							
現在受診中の 医療機関名					これまでに 受診された 医療機関数	件		
現在医療機関から投与されている薬剤名(わかる範囲でご記入ください)								
診断の有無	有・無	疾患名						

➤ **財団記入欄** 本紙は本財団が責任をもって保管させていただきます。

201406改訂

受付	受取連絡	指示確認	案内連絡	備考

**(症状)**

お名前： \_\_\_\_\_

<b>ワクチン 接種</b>	<b>子宮頸がん (HPV)</b>	サーバリックス・ガーダシル・不明			
	第1回	平成	年	月 日	歳
	第2回	平成	年	月 日	歳
	第3回	平成	年	月 日	歳
	<b>肺炎球菌</b>	平成	年	月	歳
	<b>インフルエンザ</b>	平成	年	月	歳
	<b>上記以外 ( )</b>	平成	年	月	歳
<b>症状の発症は</b>	平成 年 月 または 年前頃 または 歳頃				
<b>副反応の 発症は</b>	第 回ワクチン接種後 時間、 日、 週間、 ヶ月、 年				
<b>痛みがあると ころ全てに ○をつけて ください</b>	全身痛・関節痛/関節炎・筋肉痛・頭痛・頸部痛・肩痛・腰痛・背部痛・ 腹痛・股関節痛・膝痛・足痛・足指痛・腕痛・手指痛・その他				
<b>どんな感じの 痛みですか？</b>					
<b>右記の症状で 該当するもの 全てに ○をつけて ください</b>	脱力感/倦怠感・疲れやすくなった・眠れない/夜何回も起きる(睡眠障害)・ やる気がでない・筋力低下・下痢や便秘を繰り返す・月経異常・とても不安な 気持ちになったり焦ったりする(不安感/焦燥感)・突然眠くなる・物忘れが 多くなった(記憶障害)・学力が落ちてきた(学力低下)・手足などがしびれ る・発熱・呼吸困難/過呼吸になる・掌などに異常に汗をかく・他人の視線が 気になる・光に敏感になった(光過敏)/まぶしい感じがする・音に敏感に なった(音過敏)・その他				
<b>その他 気になる事を ご記入下さい</b>					