

(別紙様式3)

予防接種後に発生した症状に関する報告書 (保護者報告用)

患者 (予防接種を受けた者)	氏名		性別	1 男 2 女	接種時 年齢		歳	月			
	住所				生年月日	T H S R	年	月 日生			
	保護者氏名			電話番号							
予防接種を実施した者 (医師名等)	氏名										
	医療機関名				電話番号						
	住所										
今回報告する 症状を診断 した医師 (※)接種者と 異なる場合	氏名	1 主治医 2 その他 ()									
	医療機関名				電話番号						
	住所										
接種の状況	接種日	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	分	出生体重	グラム (患者が乳幼児の場合に記載)	
	接種した ワクチンの種類				ワクチンの ロット番号						
	同時接種した ワクチン				同時接種した ワクチンの ロット番号						
	予防接種前の問診時での留意点(アレルギー・基礎疾患・発育・最近1カ月以内のワクチン接種や病気等)										
	1 有	}									
2 無	}										
今回報告する 症状の概要	診断名										
	発生時刻	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	分			
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)										
予 後	1 死亡 (剖検所見)									
	2 入院 (病院名:	入院日			. . .			退院日			. . .)
	3 後遺症 ()									
	4 その他 ()									
回復状況	1 回復している		2 まだ回復していない			3 不明					