

(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				
	1 有 2 無	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)							
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						