

(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							