

(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
	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						