

(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 | | | | | | | | |