

## (別紙様式2)

## 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 S H	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 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 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							