

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								