

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<br>( <u>予防接種を<br/>受けた者</u> )                 | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |       | 性別     | 1 男    2 女               | 接種時<br>年 齢            | 歳                      月 |                  |
|                                                  | 住 所                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |       |        |                          | 生年月日                  | T<br>S<br>H              | 年      月      日生 |
|                                                  | 保護者氏名                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |       | 電話番号   |                          |                       |                          |                  |
| 予防接種を<br>実施した者<br>(医師名等)                         | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |       |        |                          |                       |                          |                  |
|                                                  | 医療機関名                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |       |        |                          | 電話番号                  |                          |                  |
|                                                  | 住 所                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |       |        |                          |                       |                          |                  |
| 今回報告する<br>症状を診断<br>した医師<br><br>(※) 接種者と<br>異なる場合 | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                             | <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100%;"></div> |       |        |                          |                       |                          |                  |
|                                                  | 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<br>(患者が乳幼児の場合に記載) |                          |                  |
|                                                  | 接種した<br>ワクチンの種類                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |       |        | ワクチンの<br>ロット番号           |                       |                          |                  |
|                                                  | 同時接種した<br>ワクチン                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         |       |        | 同時接種した<br>ワクチンの<br>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)                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |       |        |                          |                       |                          |                  |
|                                                  | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">           1 有 →<br/>2 無         </div> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; height: 100px; flex-grow: 1;"></div> </div> |                                                                                         |       |        |                          |                       |                          |                  |
| 今回報告する<br>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                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |       |        |                          |                       |                          |                  |