

予防接種後副反応報告書

市町村長 殿

患者 (被接種者)	氏名		性別	1男 2女	年齢	歳 月	(平成 年 月 日生)	
	保護者 氏名		電話番号	()	—			
	住所	都道府県	市区町村					
報告者 (作成者)	氏名 (名称)	(署名又は記名押印)						
	住所	1 接種者 2 主治医 3 保護者 4 その他()						
接種の状況	接種日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分				
	対象疾病		接種期・回	(1期初回等)				
	ワクチンの種類	製造所名		ロット番号				
		ワクチン名		接種方法				
	接種前の体温	度 分						
	家族歴		出生体重	グラム				
	予診票での留意点 (アレルギー・基礎疾患・発育・最近1ヵ月以内のワクチン接種や病気等)	1 なし 2 あり						
副反応の概要	発生日	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)						
	他の疾患の可能性の有無	1 有() 2 無						
※ 予後	1 死亡 剖検所見() 2 重篤(死亡の危険あり) 3 入院(病院名 月 日入院/ 月 日退院) 4 後遺症 5 その他()							
※回復状況	1 回復している 2 未回復 3 不明							
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後							

市町村記入欄

受付日	平成 年 月 日	受理印	
-----	----------	-----	--

この報告書は、予防接種後、別表の予防接種後副反応報告書報告基準に該当する者を診断した場合に、必要事項を記載の上、直ちにその者の居住地を管轄する市町村長に提出すること。ただし、※欄については、経過観察後の報告(第2報)でも差し支えないこと。

<記載上の注意> 1 用紙の大きさはA列4番にすること。

2 算用数字は、該当するものを○で囲むこと。

この報告書は、予防接種後の副反応の発生状況を把握し、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本報告書が市町村、都道府県及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署 _____