予防接種後に発生した事象（症状）に関する報告書

患　者 (保護者)	氏 名		性 別	1 男　　2 女	接種時 年 齢	歳　　月
	住　所	千葉県　印西市			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					
接種場所	氏　名					
		1 接種者　　2 主治医　　3 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の種類				同時接種したワクチンのロット番号	
	予診票での留意点(アレルギー・基礎疾患・発育・妊娠・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　(医師名:　　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					