経過等記録書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （作成者）被接種者 | | | 記入日 | 年　　　月　　　日 | |
| 予防接種  の種類 |  | | 製造  販売者 |  | |
| 被接種者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 電話番号 |  | |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | | |
| 既往症  ※今回請求の疾病以外で、現在治療・投薬中のものも含む |  | | | | |
| 健康被害  の状況 | 主要症状 |  | | | （終診・治療継続中） |
| 接種日 |  | | | |
| 経過  ①接種前 |  | | | |
| 経過  ②接種時 |  | | | |
| 経過  ③接種後 |  | | | |
| 病名 |  | | | |
| ※ﾜｸﾁﾝ 接種との関連性 |  | | | |
| 家族等の  状況  ※既往症や副反応の有無 |  | | | | |

※不明な箇所は記載不要です。わかる範囲でご記入下さい。

※記入欄が不足する場合は裏面に記載して下さい。

※記入欄（表面で不足する場合）

|  |
| --- |
|  |