

## 予防接種健康被害救済制度

# 予防接種後のアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応症例概要

(医療費・医療手当請求用)

以下の条件を満たす症例のみ、この様式に記載ください。

- 予防接種後4時間以内に発症したアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応
- 接種日を含め7日以内に治療・終診(例: 4/1接種→4/7までに治療)
- 症状が接種前から継続している場合や、ワクチン接種以外の原因によると記載医が判断した場合は含みません。

※この様式で提出いただく場合は、診療録の提出は不要です。

ただし、詳細確認のため、追加で依頼をさせていただく場合があります。

|                      |  |
|----------------------|--|
| 患者氏名                 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女                   |
| 生年月日                 | 年 月 日生   |
| ワクチン名<br>(メーカー名)     |  |
| 今回の症状を認めた<br>接種回     | 回目接種   |
| Lot                  |  |
| 接種日時                 | 年 月 日 時 分頃   |
| 接種時年齢                | 歳 か月   |
| 初診日～終診日              | 年 月 日 ~ 年 月 日  |
| 入院期間                 | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) |
| 既往歴                  |  |
| アレルギー歴               | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 ( )               |
| 接種時に罹患/治療<br>中であった疾患 | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 ( )               |
| 接種前の症状               | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 ( )               |

(症状等は裏面に記載)

記載日 年 月 日

 接種会場名  
 または  
 医療機関名
 

---

 医師氏名  
 (署名)
 

---

| 診断名                 | (事務局記入欄)  |  |  |
|---------------------|---|--|--|
|                     |   |  | プライトン分類<br>grade   |
| 症状<br>(複数選択可)       | 皮膚症状/粘膜症状   | 循環器系症状   | 呼吸器系症状   |
|                     | <input type="checkbox"/> 全身蕁麻疹もしくは全身性紅斑<br><input type="checkbox"/> 血管浮腫(遺伝性のものを除く)、<br>局所もしくは全身性<br><input type="checkbox"/> 発疹を伴う全身掻痒感              | <input type="checkbox"/> 測定された血圧低下<br>(         /         mmHg)<br><input type="checkbox"/> 非代償性ショックの臨床的な診断<br>(少なくとも以下の3つの組み合わせにより示される)<br><input type="checkbox"/> 頻脈 (         回/分)<br><input type="checkbox"/> CRT>3秒<br><input type="checkbox"/> 中枢性脈拍微弱<br><input type="checkbox"/> 意識レベル低下/消失 | <input type="checkbox"/> 両側性の喘鳴(気管支いれん)<br><input type="checkbox"/> 上気道性喘鳴<br><input type="checkbox"/> 上気道腫脹<br>(唇、舌、喉、口蓋垂、喉頭)<br><input type="checkbox"/> 呼吸窮迫(以下の2つ以上)<br><input type="checkbox"/> 頻呼吸 (         回/分)<br><input type="checkbox"/> 補助的な呼吸筋の使用増加<br>(胸鎖乳突筋、肋間筋等)<br><input type="checkbox"/> 陥没呼吸<br><input type="checkbox"/> チアノーゼ<br><input type="checkbox"/> 喉音発生 |
| 接種から発現までの時間         | 時間         分  | 時間         分   | 時間         分   |
|                     | <input type="checkbox"/> 発疹を伴わない全身掻痒感<br><input type="checkbox"/> 全身がちくちく痛む感覚<br><input type="checkbox"/> 接種局所の蕁麻疹<br><input type="checkbox"/> 有痛性眼充血 | <input type="checkbox"/> 末梢性循環の減少<br>(少なくとも以下の2つの組み合わせにより示される)<br><input type="checkbox"/> 頻脈 (         回/分)<br><input type="checkbox"/> 血圧低下を伴わないCRT>3秒<br><input type="checkbox"/> 意識レベルの低下  | <input type="checkbox"/> 持続性乾性咳嗽<br><input type="checkbox"/> 嘔声<br><input type="checkbox"/> 咽喉頭閉塞感<br><input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水<br><input type="checkbox"/> 喘鳴もしくは上気道性喘鳴を伴わない呼吸困難   |
| 症状<br>(複数選択可)       | 消化器系症状  | 臨床検査値  | その他  |
|                     | <input type="checkbox"/> 下痢<br><input type="checkbox"/> 腹痛<br><input type="checkbox"/> 悪心<br><input type="checkbox"/> 嘔吐                              | <input type="checkbox"/> 通常の上限以上の肥満細胞トリプターゼ上昇  | <input type="checkbox"/> 局所(接種部位以外)の蕁麻疹<br><input type="checkbox"/> 咽喉頭・口腔内の違和感・掻痒感<br><input type="checkbox"/> (         )<br><input type="checkbox"/> (         )<br><input type="checkbox"/> (         )  |
| 接種から発現までの時間         | 時間         分  | 時間         分   | 時間         分   |
| 治療内容                | <input type="checkbox"/> アドレナリン製剤<br><input type="checkbox"/> 酸素投与<br><input type="checkbox"/> その他 (         )  | <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬<br><input type="checkbox"/> 吸入 (         )  | <input type="checkbox"/> ステロイド<br><input type="checkbox"/> 無治療   |
| ワクチン接種との因果関係についての意見 | <input type="checkbox"/> 無(他の原因:         )<br><input type="checkbox"/> 有  |  |  |
| 自由記載欄<br>(経過の付記等)   |   |  |  |