

(記載例)

| 予防接種健康被害報告書 |                      |                              |  |             |
|-------------|----------------------|------------------------------|--|-------------|
| 1           | 予防接種の種類，定期・臨時の別および回数 | 新型コロナウイルスワクチン，特例臨時接種，〇回      |  |             |
| 2           | 予防接種を行った医師（医療機関名）    | 〇〇 〇〇（〇〇 〇〇クリニック）            |  |             |
| 3           | 被接種者の氏名・性別，生年月日および住所 | 被接種者                         | 氏名   | 〇〇 〇〇（男・女）  |
|             |                      |                              | 生年月日   | 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 |
|             |                      | 住所                           | 函館市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  |             |
|             | 保護者                  | 氏名                           | 〇〇 〇〇  |             |
| 4           | 接種液の製造者の氏名または名称      | 氏名または名称                      | 〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社   |             |
| 5           | 接種液の製造番号             | 〇〇〇〇〇〇                       |  |             |
| 6           | 健康被害の内容              | イ 発見の動機                      | ・ 7/6午前10:00に2回目の接種後16:30に四肢に力が入らなくなり，様子を見るが状態が改善せず，19:30頃，意識不全となり，〇〇病院に救急搬送し，そのまま入院となる。 |             |
|             |                      | ロ 既往症（乳幼児の場合は生下時体重および出生時の状況） | 無し   |             |
|             |                      | ハ 主要症状                       | 呼吸不全   |             |
|             |                      | ニ 予防接種を受けた年月日および予防接種後の経過     | 2021年6月15日 1回目<br>2021年7月 6日 2回目<br>7/6 〇〇病院救急外来受診をするも症状改善せず，翌7日に〇〇病院に転入院する。             |             |
|             |                      | ホ 転帰年月日                      | 2021年〇〇月〇〇日退院する。   |             |
|             |                      | ヘ 家族歴                        | 配偶者1名（夫）との2人世帯   |             |
|             |                      | ト その他                        |  |             |
| 7           | その他の参考事項             |                              |  |             |