|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | |
| ２　予防接種を行った医師（医療機  関名） | |  | |
| 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 | （男・女） |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |
| 保護者 | 氏名 |  |
| ４　接種液の製造  者の氏名または  名称 | 氏名または名称 |  | |
| ５　接種液の製造番号 | |  | |
| ６　健康被害の内  　容 | ｲ 発見の動機 |  | |
| 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） |  | |
| ﾊ 主要症状 |  | |
| ﾆ 予防接種を受けた年月日および予防接種後の  経過 |  | |
| ﾎ 転帰年月日 |  | |
| ﾍ 家族歴 |  | |
| ﾄ その他 |  | |
| ７　その他の参考事項 | | | |