

予防接種後副反応報告書

市区町村長殿

※：必須入力項目

患者情報 (被接種者情報)	氏名	(カナ) セイ		メイ					
		(漢字) 姓		名					
	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 不明			生年月日	年	月	日	
	現住所	都道府県	市区町村	以下					
電話番号				保護者名	姓	名			
報告者情報	報告者氏名	姓		名					
	接種者との関係	<input type="checkbox"/> 接種者 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 本人又は保護者 <input type="checkbox"/> その他 (その他の場合詳細:)							
	報告者住所	都道府県	市区町村	以下					
接種場所	施設名								
接種の状況	ワクチン名		期						
	同時接種 ワクチンの有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (ありの場合詳細:)							
	製造所名		ロット番号						
	接種部位	その他の場合詳細:)			接種方法				
	接種日時	年	月	日	午前	午後	時	分	
	接種時年齢	歳	か月		接種前の体温	度	分		
	家族歴				出生体重	グラム			
	予診票での 留意点	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (ありの場合詳細:)							
	副反応情報	発生日時	年	月	日	午前	午後	時	分
		副反応名							
概要	※1: 詳細を記入してください () ※2: 詳細を記入してください ()								
他疾患の可能性	(考えられる鑑別疾患名:)								
予後	死亡	死亡日	年	月	日				
	剖検所見	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (ありの場合詳細:)							
	入院	病院名							
		入院期間	年	月	日	年	月	日	
	後遺症	詳細 ※[Alt]+[Enter]で改行							
	外来経過観察中								
	治癒・軽快								
	その他	詳細 ※[Alt]+[Enter]で改行							
回復状況	<input type="radio"/> 回復している <input type="radio"/> 回復していない <input type="radio"/> 不明								
報告回数	副反応報告回数								
保護者あるいは被接種者の同意	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし								

関係者記入欄

担当地域	受付日時	担当者名	整理番号
市区町村	年 月 日 午前 午後 時 分		
保健所	年 月 日		
都道府県	年 月 日		
厚生労働省	年 月 日		

予防接種後副反応報告書作成に対する注意点

項目名	記入 必須項目	入力可能 桁数	概要
患者情報			
氏名(カナ)		20	予防接種後に副反応を認めた者の氏名(カナ)をセイ・メイ別々に記入してください
氏名(漢字)		20	予防接種後に副反応を認めた者の氏名(漢字)を姓・名別々に記入してください
性別	○	20	予防接種後に副反応を認めた者の性別を選択してください、不明の場合は「不明」を選択してください
生年月日		-	予防接種後に副反応を認めた者の生年月日を記入してください、半角数字で入力してください
現住所		2	予防接種後に副反応を認めた者の現住所を記入してください
電話番号		20	予防接種後に副反応を認めた者の電話番号を記入してください、半角数字で入力してください
保護者氏名		100	予防接種後に副反応を認めた者の氏名を記入してください
報告者情報		4	副反応報告書を作成した者の氏名を記入してください
氏名	○	20	副反応報告書を作成した者の氏名を記入してください
施設名	○	20	副反応報告書を作成した者の所属する施設名を記入してください
接種者との関係		-	報告者との関係を選択してください、該当する項目が存在しない場合は「その他」を選択し「その他」欄に記入してください
報告者住所	○	100	報告者の所属する施設の住所を記入してください(本人あるいは保護者の場合は現住所を記入してください)
施設名		20	予防接種を実施した施設名(場所)を記入してください
接種場所		100	予防接種を実施した施設(場所)を記入してください
都道府県・市区町村	○	20	都道府県・市区町村を記入してください
ワクチン名	○	-	実施したワクチンの名前を選択してください
期	○	-	実施したワクチンの期を選択してください
同時接種ワクチンの有無	○	-	予防接種を実施した際に同時に他の予防接種を実施しているか選択してください、実施した場合はそのワクチンの名前を「ありの場合詳細」欄に記入してください
製造所名	○	20	実施したワクチンの製造所を選択してください
ロット番号	○	-	実施したワクチンのロット番号を記入してください、半角数字・半角記号(※-0)で入力してください
接種部位	○	15	実施したワクチンの接種した部位を選択してください、該当する項目が存在しない場合は「その他」欄に記入してください
接種方法	○	-	実施したワクチンの接種方法を選択してください
接種日時	○	-	予防接種を実施した日時を記入してください、半角数字で入力してください
接種時年齢	○	2	予防接種を実施した時の年齢を記入してください、0歳の場合は「月齢」まで記入してください、半角数字で入力してください

予防接種後副反応報告書作成に対する注意点

項目名	記入 必須項目	入力可能 桁数	概要
接種前の体温		2 3 分	予防接種を実施した時の体温を記入してください、半角数字で入力してください
家族歴		100	血縁関係のある者において、今回の副反応と関連があると考えられる疾病があった、あるいは現在ある場合は記入してください
出生体重		4	出生時の体重を記入してください、半角数字で入力してください
予診票での留意点	○	-	予診票の内容を選択してください、ありの場合は「ありの場合詳細」欄に記入してください
副反応情報		1000	
発生日時	○	-	副反応が発生した日時を記入してください、発生日(日目)は発生日時を記入し入力チェックを行うと自動的に表示されます、半角数字で入力してください
副反応名	○	-	該当する副反応名を選択してください、複数選択が可能です、なお選択された副反応名に「※」がある場合は詳細を記入してください
概要	○	40 40 2000	副反応の概要を詳しく記入してください
他疾患の可能性	○	-	今回の副反応が他疾患によるものである可能性について選択してください、なお可能性が「極めて高い」あるいは「高い」の場合は考えられる鑑別疾患名を「考えられる鑑別疾患名」欄に記入してください
予後	○	100	予後を選択してください、複数選択が可能です
予後(死亡)	○	-	予後に死亡を選択した場合、死亡日と剖検所見の有無を記入してください(必須記入)、なお剖検所見がある場合は「詳細」欄に記入してください
予後(入院)	○	1000	予後に入院を選択した場合、病院名と入院期間を記入してください(必須記入)、現在入院中の場合は退院日の記入は必要ありません、入院日数は入院期間を記入し入力チェックを行うと自動的に表示されます
予後(後遺症)	○	1000	予後に後遺症を選択した場合、詳細を記入してください(必須記入)
予後(その他)	○	1000	予後にその他を選択した場合、詳細を記入してください(必須記入)
回復状況	○	-	報告時点での回復状況を選択してください
報告回数	○	-	今回の副反応報告書の報告回数を選択してください
保護者あるいは接種者の同意	○	-	本報告書を市区町村、都道府県及び厚生労働省に報告されることに関して同意の有無を選択してください

