

予防接種後副反応疑い報告書

※厚生労働省/PMDA記載欄

印刷後、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)にFAXで送信してください。
FAX番号(0120-176-146)

予防接種法上の定期接種・任意接種の別					
--------------------	--	--	--	--	--

患 者 (被接種者)	フリガナ			性別	接種時年齢	週齢(0歳児)
	氏名又は イニシャル	(定期の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)				
	住 所			生年 月日		

報告者	氏 名				
	医療機関名				電話 番号
	住 所				

接種場所	医療機関名				
	住 所				

ワクチン ②～⑩は同時接種 したものを記載		接種 種別	ワクチン の種類	ロット 番号	製造販売業者名	接種回数	接種日
	①						
	②						
	③						
	④						
	⑤						
	⑥						
	⑦						
	⑧						
	⑨						
	⑩						

接種の状況	出生 体重	グラム	接種前 の体温	度	分	家族歴	
	患者が乳幼児の場合に記載						
	予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1か月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)						

医療機関名

年齢 (歳) 性別 印刷日時： 20xx/xx/xx xx:xx

	症状	定期接種の場合で報告基準に該当する場合に○がついています。ご確認ください。					
症状の概要	発生日時			発生までの日数		本剤との因果関係	
	他要因(他の疾患等)の可能性の有無						
	概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)			製造販売業者への情報提供			

症状の程度	程 度		入院の場合	病院名	
		1.死亡		医師名	
		2.障害			
		3.死亡につながるおそれ		入院日	
		4.障害につながるおそれ			
		5.入院		退院日	
		6.上記1～5に準じて重い			
	7.後世代における先天性の疾病又は異常				

症状の転帰	転帰日		後遺症(症状)	
		1.回復		
		2.軽快		
		3.未回復		
		4.後遺症		
		5.死亡		
		6.不明		

報告者意見	
-------	--

報告回数	
------	--