

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)
 新型コロナワクチン専用 FAX番号(0120-011-126)

--

予防接種法上の定期接種・臨時接種、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、臨時の場合は氏名、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	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							

②～⑩は同時接種したものを記載

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

症状の概要	定期接種・臨時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				
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			入院日	
	3.死亡につながるおそれ			退院日	
	4.障害につながるおそれ				
	5.入院				
	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	
------	--