

(別紙)

被接種者経過概要

都道府県名	市町村名	ふりがな 氏 名	生年月日	性別
ワクチンの種類 Lot No.(メーカー名)	接種年月日	接種時年齢	進達時点の状態 (年 月 日時点)	
			☐ 終診(年 月 日) ☐ 治療中 ☐ 障害残存 ☐ 死亡	
申請書類等(■:提出あり □:提出なし)				
☐ 予診票 ☐ 接種済証・母子保健手帳 ☐ 副反応疑い報告書				
経過				
【既往歴】 【経過】 年 ○月●日 A病院にてxxxxワクチンを接種。 年 △月▲日				

--	--