

経過等記録書

(作成者) 被接種者

記入日

年 月 日

予防接種の種類			製造販売者					
被接種者	フリガナ			電話番号				
	氏名							
	住所							
既往症 ※現在治療・投薬中のものも含む								
健康被害の状況	主要症状							
	1回目接種	年	月	日	2回目接種	年	月	日
	経過 ①接種前							
	経過 ②接種時							
	経過 ③接種後							
	病名							
	※ワクチン接種との関連性							
家族等の状況 ※既往症や副反応の有無								

※不明な箇所は記載不要です。わかる範囲でご記入下さい。

※記入欄が不足する場合は裏面に記載して下さい。

※記入欄（表面で不足する場合）