

予防接種健康被害救済制度 医療費・医療手当申請用  
新型コロナワクチン接種後のアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応 症例概要

以下の条件を満たす症例のみ、この様式に記載ください。

- 新型コロナワクチン接種後4時間以内に発症したアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応
- 接種日を含め7日以内に治癒・終診（例：4/1接種→4/7までに治癒）
- 症状が接種前から継続している場合や、ワクチン接種以外の原因によると記載医が判断した場合は含みません。

※この様式で提出いただく場合は、診療録の提出は不要です。

ただし、詳細確認のため、追加で依頼をさせていただく場合があります。

|                  |                                                                                    |                                |  |  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 患者氏名             | <div><input type="checkbox"/>男<br/><input type="checkbox"/>女</div>                 |                                |  |  |
| 生年月日             | 年 月 日生                                                                             |                                |  |  |
| ワクチン名<br>(メーカー名) |                                                                                    |                                |  |  |
| 今回の症状を認めた接種回     | <input type="checkbox"/> 1回目接種                                                     | <input type="checkbox"/> 2回目接種 |  |  |
| Lot              |                                                                                    |                                |  |  |
| 接種日時             | 年 月 日 時 分頃                                                                         | 年 月 日 時 分頃                     |  |  |
| 接種時年齢            | 歳 か月                                                                               | 歳 か月                           |  |  |
| 初診日～終診日          | 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                      |                                |  |  |
| 入院期間             | <div><input type="checkbox"/>無<br/><input type="checkbox"/>有（ 年 月 日 ～ 年 月 日）</div> |                                |  |  |
| 既往歴              |                                                                                    |                                |  |  |
| アレルギー歴           | <div><input type="checkbox"/>無<br/><input type="checkbox"/>有（ ）</div>              |                                |  |  |
| 接種時に罹患/治療中であった疾患 | <div><input type="checkbox"/>無<br/><input type="checkbox"/>有（ ）</div>              |                                |  |  |
| 接種前の症状           | <div><input type="checkbox"/>無<br/><input type="checkbox"/>有（ ）</div>              |                                |  |  |

（症状等は裏面に記載）

記載日 年 月 日

医療機関名

医師氏名

[illegible]