

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	新型コロナウイルスワクチン		製造 販売者	
被接種者	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所			
既往症 ※今回請求の疾 病以外で、現在 治療・投薬中 のものも含む				
健康被害の状況	主要症状	(終診 ・ 治療継続中)		
	接種日			
	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）