

予防接種健康被害救済制度

診 断 書

(医療費・医療手当請求用)

ふりがな 氏 名			男・女	生年月日	年 月 日		
住 所				世帯主	氏 名		続柄
					生年月日		
病 名				発病 年月日	年 月 日		
副反応を生じた 予防接種の種類				接種 年月日	年 月 日		
発病の経過							
現在の症状							
予防接種との関係 に対する意見							
その他							
上記のとおり診断します。 年 月 日 居住地又は勤務先 診断医師							