

## 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<br>氏 名                                                        |  |  | 男・女 | 生年月日      | 年 月 日 |  |        |
| 住 所                                                                |  |  |     | 世帯主       | 氏 名   |  | 続<br>柄 |
|                                                                    |  |  |     |           | 生年月日  |  |        |
| 病 名                                                                |  |  |     | 発病<br>年月日 | 年 月 日 |  |        |
| 副反応を生じた<br>予防接種の種類                                                 |  |  |     | 接種<br>年月日 | 年 月 日 |  |        |
| 発<br>病<br>の<br>経<br>過                                              |  |  |     |           |       |  |        |
| 現<br>在<br>の<br>症<br>状                                              |  |  |     |           |       |  |        |
| 予<br>防<br>接<br>種<br>と<br>の<br>関<br>係<br>に<br>対<br>す<br>る<br>意<br>見 |  |  |     |           |       |  |        |
| そ<br>の<br>他                                                        |  |  |     |           |       |  |        |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日 居住地又は勤務先</p> <p>診断医師</p>              |  |  |     |           |       |  |        |