様式6-1-1（医師記載用：医療機関ごとに作成）

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		□男 □女	
生年月日	年　月　日生		
ワクチン名 (メーカー名)			
今回の症状を認めた接種回	□　1回目接種	□　２回目接種	（症状を認めた接種回に☑）
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	□無 □有（　年　月　日　～　年　月　日）		
既往歴			
アレルギー歴	□無 □有（　）		
接種時に罹患/治療中であった疾患	□無 □有（　）		
接種前の症状	□無 □有（　）		

（症状等は裏面に記載）

記載日　年　月　日

医療機関名
医師氏名

<table>
<tr><td>診断名</td><td colspan="2"></td><td>（事務局記入欄）
ブライトン分類
grade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">症状
(複数選択可)</td><td>皮膚症状/粘膜症状</td><td>循環器系症状</td><td>呼吸器系症状</td></tr>
<tr><td>☐全身蕁麻疹もしくは全身性紅斑
☐血管浮腫(遺伝性のものを除く)、局所もしくは全身性
☐発疹を伴う全身掻痒感</td><td>☐測定された血圧低下
（　　/　　mmHg）
☐非代償性ショックの臨床的な診断
（少なくとも以下の3つの組み合わせにより示される）
☐頻脈（　　回/分）
☐CRT＞3秒
☐中枢性脈拍微弱
☐意識レベル低下/消失</td><td>☐両側性の喘鳴（気管支けいれん）
☐上気道性喘鳴
☐上気道腫脹
（唇、舌、喉、口蓋垂、喉頭）
☐呼吸窮迫（以下の２つ以上）
☐頻呼吸（　　回/分）
☐補助的な呼吸筋の使用増加
（胸鎖乳突筋、肋間筋等）
☐陥没呼吸
☐チアノーゼ
☐喉音発生</td></tr>
<tr><td>☐発疹を伴わない全身掻痒感
☐全身がちくちく痛む感覚
☐接種局所の蕁麻疹
☐有痛性眼充血</td><td>☐末梢性循環の減少
（少なくとも以下の２つの組み合わせにより示される）
☐頻脈（　　回/分）
☐血圧低下を伴わないCRT＞3秒
☐意識レベルの低下</td><td>☐持続性乾性咳嗽
☐嗄声
☐咽喉頭閉塞感
☐くしゃみ、鼻水
☐喘鳴もしくは上気道性喘鳴を伴わない呼吸困難</td></tr>
<tr><td>接種から発現までの時間</td><td>時間　　分</td><td>時間　　分</td><td>時間　　分</td></tr>
<tr><td rowspan="2">症状
(複数選択可)</td><td>消化器系症状</td><td>臨床検査値</td><td>その他</td></tr>
<tr><td>☐下痢
☐腹痛
☐悪心
☐嘔吐</td><td>☐通常の上限以上の肥満細胞トリプターゼ上昇</td><td>☐局所（接種部位以外）の蕁麻疹
☐咽喉頭・口腔内の違和感・掻痒感
☐（　　）
☐（　　）
☐（　　）</td></tr>
<tr><td>接種から発現までの時間</td><td>時間　　分</td><td>時間　　分</td><td>時間　　分</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="3">☐アドレナリン製剤　☐抗ヒスタミン薬　☐ステロイド
☐酸素投与　☐吸入（　　）　☐無治療
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>ワクチン接種との因果関係についての意見</td><td colspan="3">☐無（他の原因：　　）
☐有</td></tr>
<tr><td>自由記載欄
（経過の付記等）</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>