

記載例

診 断 書

氏名 _____ 性別 男・女 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

住所 _____

病名 _____

記事

予防接種から疾病の発症年月日、その後の経過について記載をいただき、予防接種を受けたことによる疾病の症状について、ご判断をご記入いただきますようお願いいたします。（不明な場合はその旨をご記入ください。）

また、対象者の診療記録（カルテ等）について別途添付をお願いいたします。

上記のとおり診断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
