

予防接種による間違い報告書

福井市長殿

被接種者	(ふりがな) 氏名		性別		生年月日	年 月 日生
					間違い発生時 年齢	歳 か月
	保護者氏名				電話番号	
	住所					
予防接種 の間違い の具体的 な内容	接種日(間違い発生日)		年 月 日 午前・午後 時 ごろ			
	予防接種名			接種部位		
	使 用 ワクチン	ワクチン名		ロット番号		
		メーカー名		有効期限		
		購入年月日	年 月 日			
	予診票での留意点 (アレルギー・基礎疾患・発育・最近1か月以内のワクチン接種や病気など)				なし あり(内容)	
	重大事故としての報告の有無		有 ・ 無			
	間違いの具体的な内容					
	間違いがどの時点で発 覚したか					
	被接種者(保護者)への 説明内容					
健康被害 の状況	健康被害の有無		有 ・ 無			
	具体的な内容と現状					
予防接種 の間違い への対応	再接種の有無		有 ・ 無			
	抗体検査の有無		有 ・ 無			
	抗体検査を行った場合の具体的 な内容及び結果					
	血液検査の有無		有 ・ 無			
	血液検査を行った場合の具体的 な方法及び回数					
	間違い後の被接 種者の状況	確認日	年 月 日 午前・午後 時 ごろ			
		間違い後、異常なし				
		間違い後、異常あり (右欄に詳細を記入)				
	発生した要因					
	再発防止策					

報告日 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

接種医師名