

予防接種 間違い 状況 報告書

報告日： 年 月 日

被接種者	氏名・性別				男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	盛岡市			
報 告 者	医療機関名 及び所在地				
	職・氏名				
予 防 接 種 の 内 容	発 生 日	年 月 日			
	ワクチン ※1	種 類			
		メーカ ー		ロット番号	
	具体的な内容				
	人数	人			
	どの時点でわかつたか ※2				
	被接種者(保護者)への説明内容 ※3				
の 健 康 状 況 被 害	健康被害の有無	有・無			
	有とした場合の具体的な内容と現状 ※4				
そ の 後 の 対 応	再接種の有無 ※5	有・無			
	抗体検査の有無	有・無	有の場合、内容及び結果		
	血液検査の有無	有・無	有の場合、方法及び回数		
	発生した要因と再発防止策				

(備考)

- ※1 「ワクチン」欄には、本来接種すべきワクチンを記載してください。
- ※2 「どの時点でわかったか」は、今回の案件について、いつ、誰の分が、どのような経緯で判明したのかが分かるように記載してください。
- ※3 「被接種者(保護者)への説明内容」は、説明内容を簡潔に記載し、被接種者(保護者)の納得の有無についても記載してください。
- ※4 「健康被害の有無」を「有」とした場合は、「具体的な内容と現状」に健康被害の具体的内容と報告時点での現状を記載してください。なお、報告時点で未回復の場合、引き続き経過を観察するなど丁寧な対応を心がけてください。
- ※5 「再接種の有無」は、本来接種すべきワクチンを再接種した場合に「有」としてください。