令和　　年　　月　　日

栃木市長　あて

医療機関所在地

名　　　　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

予防接種の間違い報告書

当医療機関において、間違い接種が発生しましたので、ご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 内　　容 |
| ①対象者氏名、生年月日、住所、  保護者氏名、連絡先 |  |
| ②ワクチンの  種類、メーカー、ロット番号 |  |
| ③予防接種実施年月日  （間違い発生日時） | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　　分 |
| ④保護者への発生報告日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　　分 |
| ⑤市への（からの）発生報告日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　　分 |
| ⑥間違いに係る被接種者数  ※同日同時間帯に複数名発生し  た場合は総数を記載ください | 名 |
| ⑦間違いの概要と原因 | 【概要】  （令和　 年 　月 　日から接種可能であった）  【原因】 |
| ⑧医療機関が講じた間違いへの  対応（保護者への対応も含む）  ※具体的に日時も含め記載ください  ※相談窓口設置の有無、容態急変時の  対応、次回接種時の指導等 |  |
| ⑨健康被害発生の有無  ※有の場合は被害状況の詳細を記載  ください |  |
| ⑩今後の再発防止策  ※今後どのように取り組んでいくか  具体的に記載ください |  |