

予防接種の間違い報告書 (愛知県広域予防接種事業)

市町村長 殿

令和 年 月 日

1	被接種者	氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	
2	接種者 (医療機関・ 医師名)	医療機関名	電話番号 () -			
		所在地				
		接種医師名				
		報告者名	(職種/役職: /)			
3	接種の 状況	接種日時	平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分			
		接種予定 ワクチン				
		接種期・回	() 期・() 回目の接種 (該当する接種のみ記入)			
		ワクチン の種類	製造販売業者	ロット番号	接種方法	
4	間違いの 概要 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2.を除く)	正()を接種するところ 誤()を接種した			
		<input type="checkbox"/> 2. 対象者を誤認して接種してしまった。	本人へ接種するところ () に 接種した			
		<input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった。	内容 (例: DPT-IPV を 5 回接種した)			
		<input type="checkbox"/> 4. 接種間隔を間違えてしまった。 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ア 生ワクチン→(27日以上を 日)で接種 ※アにチェックの場合は前回接種日を記載 (間違いの起点となるワクチン (今回の接種の前) に接種したワクチン) の種類と接種日 ワクチン名 () 接種日 (平成・令和 年 月 日)			
		<input type="checkbox"/> 5. 接種量を間違えてしまった。	<input type="checkbox"/> イ 同じ種類→(平成・令和 年 月 日 (前回接種日))から(ヶ月 週 日) の間隔をおくところを(ヶ月 週 日)の間隔で接種			
		<input type="checkbox"/> 6. 接種部位・投与方法を間違えてしまった。	正(ml)を誤(ml)で接種 内容 (例: 皮下でなく筋肉内に注射した。)			

7	間違い後の 状況	1. 保護者又は被接種者等 への説明 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (2)未 (説明をしていない理由 (必須))						
		2. 健康被害の発生 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (1)有 <input type="checkbox"/> (2)無 <input type="checkbox"/> (3)不明 (1)にチェックの場合は内容・回復状況を記載して下さい。						
8	医療機関の今後の 間違い防止策								
愛知県医師会確認欄									
市町村記入欄	受付日時	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	受付者	
その他参考事項									

※1 ワクチンにつきそれぞれ報告書を提出して下さい。

※被接種者（保護者）への説明は特段の事情がない限り行って下さい。

※本報告書に記載漏れ等がないかご提出前に再度ご確認をお願いします。

※本報告書の提出と同時に該当する市町村への連絡をお願いします。

※間違いの発覚後速やかに予診票の写しとともに愛知県医師会へご提出をお願いします。