報告日　　　　　　年　　月　　日

吹田市予防接種間違い報告書

吹田市長　宛

所在地　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

接種医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予防接種法に基づく予防接種において、間違い（有効期限切れのワクチンの使用、接種間隔、接種量の誤り等）が発生しましたので、下記のとおり報告します。

裏面あり

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 間違い発生日時 | 年　　　月　　　日　　　午前・午後　　　時　　　分 | | | | | |
| 被接種者 | 氏名 |  | | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 年齢 | 歳 |
| 住所 |  | | | | |
| ワクチンの種類 |  | | ロット番号 |  | | |
| 間違いの内容 | （間違い接種に気づいた時期…　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 間違いの原因 |  | | | | | |
| 間違い時の被接種者の様子 |  | | | | | |
| 対応及び被接種者等への説明内容 |  | | | | | |
| 被接種者に対する今後の対応の方針 |  | | | | | |
| 今後の再発防止策 |  | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | |

送付先：予防接種担当

　　TEL：06-4860-6151

FAX：06-6339-2058

Mail：[chiho-yobo@city.suita.osaka.jp](mailto:chiho-yobo@city.suita.osaka.jp)