予防接種による間違い発生報告書

鹿児島市感染症対策課行
ＦＡＸ：０９９－８０３－７０２６

１．実施日＿令和　　年　　月　　日＿

２．接種医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（℡）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

接種医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．ワクチンの種類＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．ワクチンの接種量＿＿＿＿ml

５．被接種者

(1) 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　(2) 性別＿＿＿＿

(3) 生年月日　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

(4) 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．間違いの概要

７．間違いが判明した経緯及びその後の対応（被接種者の体調、保護者に連絡したかなど）

８．（公財）予防接種リサーチセンターの見解　　（TEL:03-6206-2121）

（再接種が必要か、今後の接種スケジュール、など）

９．再発防止策（いつ、どこで、誰が、何を、どのように確認するか、など）