

(接種機関→市)  
年 月 日

奥州市長 あて

医療機関名  
代表者名

印

### 予防接種間違い報告書

被接種者名		男・女	生年月日	年	月	日生(歳 か月)
住 所						
保護者氏名		電話番号		—	—	
接 種 医 師 (職・氏名)						
ワクチンの 種類		メーカー		ロット番号		
予防接種を実施した年月日(間違い発生日)		年	月	日	時	分
間違いに係る被接種者数	名					
間違いの内容						
間違いがどの時点で発覚したか	(いつ、誰が、どうして間違いが発覚したか)					
被接種者(保護者)への説明内容						
健康被害の状況	健康被害発生(有・無) 具体的な内容と現状					
記者発表への対応	記者発表(有・無) 具体的な方法					
予防接種の間違いへの対応	再接種(有・無) 抗体検査(有・無) 具体的な内容及び結果					
	血液検査(有・無) 具体的な方法及び回数					
	発生した要因					
	再発防止策					