

予防接種間違い報告書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

八王子市医師会長

1. 発生場所（医療機関・接種医師等）

--

2. 発生日時

令和 年 月 日 ()	午前・午後	時 分
--------------	-------	-----

3. 間違いの概要

--

4. 対象者（被接種者）

氏名	(男・女)
生年月日	明治・大正・昭和・令和 年 月 日
住所	
電話番号	

5. 接種ワクチン（種類、メーカー、ロット番号）

--

6. 発生状況

--

7. 原因

--

8. 対象者への連絡、対応

--

9. 健康被害の有無 有・無

※健康被害が生じた場合はその内容

--

10. 再発防止への対応・改善策

--

11. 保健所健康づくり推進課への連絡

令和 年 月 日 ()

※ 間違いが発生又は判明した場合は、速やかに保健所健康づくり推進課へ電話連絡をお願いします。