

## 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。