

(参考様式)

## 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）

フリガナ  
氏 名 : ( 男・女 )  
生 年 月 日 : 昭和・平成・令和 年 月 日  
住 所 :  
保護者氏名 : 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. 対象者または保護者への連絡、対応 ( 令和 年 月 日 )

[ ]

## 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. 保健所予防接種担当への連絡日 : 令和 年 月 日 ( )

(間違いの発生又は、間違いが判明した場合は、速やかに保健所予防接種担当へ電話連絡をお願いします)