

## 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 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（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)