

# 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 : 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)