（都城市・三股町）

予防接種の間違い報告書

　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）被 接 種 者氏 名 |  | 生 年 月 日 ・ 年 齢 | 性 別 |
| 　　年　　月　　日歳　　か月 | 男・女 |
| 内 容 | 発生日時： | ワクチン名： |
| 間違いの内容：　ワクチンの間違い　　　　　　ワクチンの接種量の間違い　　　　　　　　ワクチン期限切れ　　　　　　ワクチン接種回数の間違い　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ロット番号： | メーカー名：　　　　　　　　　 　　　　 |
| 有効期限： | ワクチン購入日：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 原因 |
| 被接種者（保護者）への連絡 |
| 今後の対策 |

医療機関名

医 師 名

（自署または記名押印）