諫早市すくすく広場　宛　（FAX０９５７－４６－５２７５）

予防接種時の間違い報告書

令和　　　年　　　月　　　日

諫早市長　様

医療機関名

院　長　名

連　絡　先

下記のとおり予防接種時の間違いが発生したので、報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | (ふりがな)  氏名 |  | | 男・女 | 生年  月日 | 平成・令和  　　　　年　　　月　　　日  （　　歳　　か月） |
| 住所 |  | | 保護者氏名 | |  |
| 電 話 番 号 | |  |
| 接種の状況 | 接種日  (間違い発生日） | 令和　　年 　　月　　 日 | | 接種前の体温 | | 度 　 　分 |
| 予防接種名 |  | | 回　　　数 | |  |
| ﾜｸﾁﾝの種類 |  | | ﾒｰｶｰ・ﾛｯﾄ番号 | |  |
| 間違いの内容 | 間違いの態様 | | （裏面の選択肢から選択してください） | | | |
| 間違いの概要と  原因（具体的内容） | |  | | | |
| 間違いの人数 | |  | | | |
| 間違いがどの  時点で発覚したか | |  | | | |
| 被接種者（保護者）  への説明内容 | | (対応日・説明内容等について) | | | |
| 健康被害の状況 | 健康被害の有無 | | 有　　　・　　　　無 | | | |
| 健康被害の具体的な  内容と現状 | |  | | | |
| 間違いへの対応 | 今後の被接種者の健  康状態のフォロー等 | |  | | | |
| 再接種の有無 | | 有　　　・　　　　無 | | | |
| 抗体検査の有無 | | 有　　　・　　　　無 | | | |
| 抗体検査の具体的な内容及び結果 | |  | | | |
| 血液検査の有無 | | 有　　　・　　　　無 | | | |
| 血液検査の具体的な内容及び結果 | |  | | | |
| 今後の再  発防止策 |  | | | | | |
| 備　　　　　考 |  | | | | | |

【注意】間違い報告提出の際には、予診票の写しを添付してください。

※［間違いの態様］については、下記選択肢の中から選択してください。

１．接種するワクチンの種類を間違えてしまった。

２．対象者を誤認して接種してしまった。

３．不必要な接種を行ってしまった。

４．接種間隔を間違ってしまった。

５．接種量を間違えてしまった。

６．接種部位・投与方法を間違えてしまった。

７．接種器具の扱いが適正でなかった。

８．既に他の対象者に使用した針を使う等、接種器具の適切でない取り扱いのうち、血液感染

　　を起こしうるもの。

９．期限の切れたワクチンを使用してしまった。

10．凍らせてしまう、冷蔵されていなかった等、不適切な保管をされていたワクチンを使用し

　　てしまった。

11．その他