

予防接種による間違い（過誤）報告書

報告：H 年 月 日

患者 (被接種者)	イニシャル		性別	男・女	生年月日		年齢	
	基礎疾患	無 ・ 有 (内容：)						
報告者 (作成者)	医療機関名		職種	1. 医師 2. 看護師 3. その他 ()				
	氏名	(署名または記名押印)						
接種日	平成	年	月	日	()	午前・午後	時頃	
接種したワクチン (種類)	[I期 Ⅱ期 初回 回目 追加]				ロット番号			
1 間違い（過誤）の内容（該当する項目に「✓」をつけ必要事項を記入して下さい。）※複数✓可。								
<input type="checkbox"/> 1. 接種するワクチンの種類を間違えた（本来接種するワクチン名：)								
<input type="checkbox"/> 2. 対象者を誤認して接種した ※対象期間外の接種含む								
<input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった								
<input type="checkbox"/> 4. 接種間隔の誤り (月 週にて接種する予定を 月 週に接種)								
<input type="checkbox"/> 5. 接種量の誤り (正規接種量： ml → 不適切接種量： ml)								
<input type="checkbox"/> 6. 接種部位・接種方法の誤り (接種部位： 接種方法：)								
<input type="checkbox"/> 7. 接種器具の扱いが適切でなかった (8. を除く)								
<input type="checkbox"/> 8. 既に他で使用した針を使う等、接種器具の適切でない取扱いのうち血液感染を起こしうるもの。								
<input type="checkbox"/> 9. 期限切れワクチンの使用 (年 月 までの期限)								
<input type="checkbox"/> 10. ワクチン保管の不備 ※凍結、冷蔵されていなかった等 (内容：)								
<input type="checkbox"/> 11. その他、上記のいずれにも該当しない場合（予防接種不相当者への接種含む）								
[
2 どの時点で間違いが発覚したか記入してください								
何処で : <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町 <input type="checkbox"/> その他 ()								
誰が : <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 市町担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()								
どのように(例:カルテ、母子健康手帳、問診票、委託請求書、を見て):()								
3 健康被害の有無 無・有 (具体的な内容と現状：)								
4 間違いの要因を記入してください								
[
5 被接種者又は保護者への説明と対応								
[
6 再接種の有無 無・有								
7 抗体検査の有無 無・有 (具体的な内容及び結果：)								
8 血液検査の有無 無・有 (具体的な方法及び回数：)								
9 今後の対応、再発防止策								
[

この報告書は、予防接種を実施した際に、予防接種事故（過誤）が発生した場合に、必要事項を記載の上、直ちに貴院を管轄する市町担当窓口及び各郡市区医師会長に提出して下さい。