

予防接種間違い報告書

年 月 日 提出

医療機関名

医師名

報告作成者				
状況の概要				
発生日時	年 月 日			
発生場所				
対象者	名前		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒 TEL:		
予防接種の種類	ワクチン名			
	Lot No.		有効期限	
間違いの内容 ・ 具体的な内容 ・ 発覚した時点 ・ 対象者への説明 ・ 発生した要因				
その後の対応 ・ 対象者への説明 ・ 健康被害の有無と具体的な状況 ・ 対応の具体的な方法および回数				
間違い(事故) 再発防止策				