

# 予防接種間違い報告書

年 月 日

1	被接種者	氏名	男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
2	接種者 (医療機関・ 医師名)	医療機関名	電話番号 ( ) -				
		所在地					
		接種医師名					
		報告者名	※署名(姓名自署)または記名押印 (職種/役職: )				
3	接種状況	接種日時	年 月 日 午前・午後 時 分				
		ワクチンの種類	接種期・回	製造販売業者	ロット番号	接種部位	接種方法
		①	( )期( )回目				筋注・皮下注
		②	( )期( )回目				筋注・皮下注
		③	( )期( )回目				筋注・皮下注
		④	( )期( )回目				筋注・皮下注
4	間違いの 概要 (□にチェック)	□1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2を除く)		正 ( )を正しく 誤 ( )を接種した。			
		□2. 対象者を誤認して接種してしまった。		本人へ接種するところ( )に接種した。			
		□3. 不必要な接種を行ってしまった。		内容			
		□4. 接種間隔を間違えてしまった。		□① 生ワクチン → (27日以上を )日)で接種 間違いの起点となるワクチン(今回の接種の前に接種したワクチン)の種類と接種日 ワクチン名( ) 接種日 ( 年 月 日)			
				□②同じ種類 → ( 年 月 日(前回接種))から → ( )の間隔をおくところを ( )の間隔で接種			
		□5. 接種量を間違えてしまった。		正 ( ml )を誤( ml )で接種			
		□6. 接種部位・投与方法を間違えた。		(内容)			
		□7. 接種器具の扱いが適切でなかった(8を除く)					
		□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扱いのうち、血液感染をおこしうるもの。		(内容)			
		□9. 期限が切れたワクチンを使用した。		有効期限( 年 月 日)のワクチンを使用した。			
		□10. 凍らせてしまう、冷蔵されていない等、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。		(内容)			
□11. 対象年齢以外の者へ接種した。		( 歳 月 )					

		<input type="checkbox"/> 12.接種禁忌者へ接種してしまった。 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ①明らかな発熱(37.5℃以上)者への接種 <input type="checkbox"/> ②過去に接種液に含まれる成分によりアナフィラキシーを呈したことがある者へ接種した <input type="checkbox"/> ③重篤な症状が明らかな者への接種 <input type="checkbox"/> ④その他( )
		□13.その他	
5	間違いの原因 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 予診票又は母子健康手帳の確認不足 <input type="checkbox"/> 予診票記載誤り <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 接種に従事する者の間で伝達誤り又は誤認 <input type="checkbox"/> ワクチン確認不足
6	間違いの発覚 (□にチェック)	発覚した日:           年    月    日 <input type="checkbox"/> 市担当課からの連絡により発覚 <input type="checkbox"/> 被接種者又は保護者からの指摘により発覚	<input type="checkbox"/> 接種後に自院の再確認等により発覚 <input type="checkbox"/> その他 ( )
7	間違い後の状況	保護者又は被接種者等への説明 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (1)済 (□ 保護者 □ 被接種者 □ その他( ) ) 内容(①～②を必ず説明しそれぞれに□にチェックを付けてください) <input type="checkbox"/> ① 当該接種の身体への影響 有( ) ・ 無 <input type="checkbox"/> ② 被接種者への対応(説明内容)
8	再発防止策		
健康被害	有・無	(内容と現状)	
再接種の有無	有・無	抗体検査の有無	有・無
血液検査の有無	有・無	検査内容及び結果	

市町村記載欄

市町村記入欄	受付日時	年    月    日    午前・午後    時	(受付者)
公表の有無	有・無	(内容)	