

野々市市長 あて

医療機関名 _____

予防接種間違い・事故報告書

事故等 対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	野々市市		
	電話番号			
事故の 概要	発生日時	年 月 日	接種医名	
	予防接種の種類 及びロット番号			
	間違いがどの時点 で発覚したか			
	事故の 内容	<input type="checkbox"/> 接種間隔の誤り <input type="checkbox"/> ワクチンの種類の誤り <input type="checkbox"/> 対象外の年齢で接種 <input type="checkbox"/> その他 (事故の原因、事故発生時の状況等を簡潔に記載する)		
事故後 の対応	対象者の健康状態	<input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 副反応あり <input type="checkbox"/> 不明		
	対象者等 への説明	説明した日	年 月 日	
		説明者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		説明した相手	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		説明内容		
		説明した時の 反応		
損害賠償等の状況				
再発防止策 (具体的に記載する)				

※記載できない場合は、任意の様式に記載し添付する