

年 月 日

野々市市長 あて

医療機関名 \_\_\_\_\_

### 予防接種の間違いへの対応

事故等 対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	電話番号			
事故後 の経過	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		
	再接種の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、記入 再接種日：      年      月      日		
	抗体検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、具体的な内容及び結果を記入 (例) 酵素免疫法により測定。陰性であったため再接種を実施。		
	血液検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、具体的な方法及び回数を記入 (例) 被接種者及び針が刺さった者に対して、当日、3か月後、半年後に実施。		

※記載できない場合は、任意の様式に記載し添付する