年　　月　　日

　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 | □接種間隔の誤り　　　　　□ワクチンの種類の誤り  □対象外の年齢で接種　　　□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 | | □変わりなし　□副反応あり　□不明 | | | |
| 対象者等への説明 | 説明した日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 説明者 | | □医師　□看護師　□その他　（　　　　　　　　　　） | | |
| 説明した相手 | | □本人　□家族　□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