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 | | □変わりなし　□副反応あり　□不明 | | |
| 再接種の有無  □有　□無 | | 有の場合、記入  再接種日：　　　年　　　月　　　日 | | |
| 抗体検査の有無  □有　□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  □有　□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