

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