

予防接種間違いに関する報告書

令和 年 月 日

大垣市保健センター 様

医療機関名

間違いの概要							
間違いの原因							
被接種者	(ふりがな)氏名		性別	男・女	生年月日	S・H・R	年 月 日 歳 か月
	住所			電話番号			
	保護者氏名						
接種の状況	接種日	令和 年 月 日		午前・午後	時	分	
	接種前の体温	度 分					
	ワクチン	種類			ロット番号		
		製造業者			有効期限		
		回数			接種量		
接種方法				接種部位			
被接種者の経過							
	報告時点での健康被害有無				有	無	
接種後の被接種者・保護者への対応	(対応日・説明内容等の詳細)						
今後の再発防止策							
医療機関報告者	名称						
	氏名						
	住所	大垣市					
	連絡先	電話					FAX

※注意 予防接種間違い報告書の提出の際には、予診票の写しを添付してください。

保健センター記入欄

受付日時	令和 年 月 日()	受付者氏名	
------	-------------	-------	--