（報告日）令和　年　月　日

（宛先）京都市長

　　住　　　所

医療機関名

院　長　名

**予防接種間違い報告書**

**標記の件について，次のとおり報告いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 間違いの概要（間違いがどの時点で発覚したかも含む） |  |
| 被接種者 | 間違いに係る被接種者数 | 　（　　　　）名 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳　　か月） |
| 間違い接種が起こった日 | 年　　月　　日 |
| ワクチン（同時接種の場合は全て） | 種類 |  |
| ワクチン名 |  |
| ロット番号 |  |
| 有効年月日 |  |
| 事故への対応（保護者等への説明とその反応。必要に応じて血液検査や抗体検査の有無等を含む） | * 公表の有無　　（　有　・　無　）
 |
| 健康被害の発生 | 健康被害の発生状況 | 有・無※どちらかに○をしてください |
| 発生した場合その内容 |  |
| 間違いの原因 |  |
| 再発防止策 |  |
| その他 |  |