

(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				