

取扱注意

予防接種による間違い（過誤）報告書

報告：R 年 月 日

患者 (被接種者)		性別	男・女	生年月日		年齢	
報告書 (作成者)	医療機関名				職種	1. 医師 2. 看護師 3. その他 ()	
	氏 名	(署名または記名押印)					
接種日	令和 年 月 日 () 午前・午後 時頃						
接種したワクチン (種類)	I 期 Ⅱ 期 初回 回目 追加				ロット番号		
1 間違い（過誤）の内容（該当する項目に「✓」をつけ必要事項を記入して下さい。）※複数✓可							
☐ 1. 接種するワクチンの種類を間違えた（本来接種するワクチン名： ()							
☐ 2. 対象者を誤認して接種した ※対象期間外の接種含む							
☐ 3. 不必要な接種を行ってしまった							
☐ 4. 接種間隔の誤り (月 週にて接種する予定を 月 週に接種)							
☐ 5. 接種量の誤り（正規接種量： m l → 不適切接種量： m l）							
☐ 6. 接種部位・接種方法の誤り（接種部位： 接種方法： ()							
☐ 7. 接種器具の扱いが適切でなかった（8. を除く）							
☐ 8. 既に他で使用した針を使う等、接種器具の適切でない取扱いのうち血液感染を起こしうるもの。							
☐ 9. 期限切れワクチンの使用 (年 月 までの期限)							
☐ 10. ワクチン保管の不備 ※凍結、冷蔵されていなかった等（内容： ()							
☐ 11. その他、上記のいずれにも該当しない場合（予防接種不適当者への接種含む）							
2 どの時点で間違いが発覚したか記入してください 何処で : ☐ 医療機関 ☐ 市町 ☐ その他 () 誰が : ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 保護者 ☐ 市町担当者 ☐ その他 () どのように（例：カルテ、母子健康手帳、問診票、委託請求書、を見て）： ()							
3 健康被害の有無 無・有（具体的な内容と現状： ()							
4 間違いの要因を記入してください							
5 被接種者又は保護者への説明と対応							
6 再接種の有無 無・有							
7 抗体検査の有無 無・有（具体的な方法及び結果： _____）							
8 血液検査の有無 無・有（具体的な方法及び回数： _____）							
9 今後の対応、再発防止策							

この報告書は、予防接種を実施した際に、予防接種間違い（過誤）が発生した場合に、必要事項を記載の上、速やかに橿原市健康増進課に提出して下さい。