令和 　 　　年　　　月　　　日

　　豊見城市長　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（院長名）

予防接種間違い報告書

　標題の件について、下記の通り報告いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 概要 |  | | | | | | |
| 原因 |  | | | | | | |
| 被接種者 | (ふりがな)氏　名 |  | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　 　　　月　　 　 日(　　　　歳 　か月 ) | |
| 住　所 |  | | | | 電話番号 |  |
| 接種の状況 | 接種日 | 年　　　　 月　　　 日（ 　 　　 歳　 　　 か月） | | | | 接種前の体温 | 度　　　　　　　分 |
| ワクチン | 種類 |  | | | 回数 |  |
| 製造業者 |  | | | ロット番号 |  |
| 接種方法 |  | | | | 接種部位 |  |
| 被接種者の経過 |  | | | | | 健康被害発生 | 有　　　 ・ 　　 無 |
| 接種後の被接種・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 |  | | | | | | |

※予診票の写しを添付して下さい。

（報告者）　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先: