

豊見城市長 殿

(医療機関名)

(院長名)

印

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: