

豊見城市長 殿

住 所  
医療機関名  
院 長 名

印

### 予防接種間違い報告書

標記の件について、下記のとおり報告いたします。

#### 記

間違いの概要					
間違いの原因					
被接種者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳 ヶ月)
	住所			電話番号	
接種の状況	接種日	年 月 日( 歳 ヶ月)		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 被接種者・ 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。  
※該当市町並びに南部地区医師会へ報告。

(報告者) 氏名: 所属: 連絡先: