

予防接種の間違い報告書 (愛知県広域予防接種事業)

市町村長 殿

令和 年 月 日

1	被接種者	氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		
2	接種者 (医療機関・ 医師名)	医療機関名	電話番号 () -				
		所在地					
		接種医師名					
		報告者名	(職種/役職: /)				
3	接種の 状況	接種日時	平成・令和 年 月 日		午前・午後 時 分		
		接種予定 ワクチン					
		接種期・回	() 期・() 回目の接種 (該当する接種のみ記入)				
		ワクチン の種類	製造販売業者		ロット番号		
			接種部位		接種方法		
4	間違いの 概要 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 1. 接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2.を除く)	正()を接種するところ 誤()を接種した				
		<input type="checkbox"/> 2. 対象者を誤認して接種してしまった。	本人へ接種するところ () に 接種した				
		<input type="checkbox"/> 3. 不必要な接種を行ってしまった。	内容 (例: DPT-IPV を 5 回接種した)				
		<input type="checkbox"/> 4. 接種間隔を間違えてしまった。 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ア 生ワクチン→(27日以上を 日)で接種 ※アにチェックの場合は前回接種日を記載 (間違いの起点となるワクチン (今回の接種の前 に接種したワクチン) の種類と接種日 ワクチン名 () 接種日 (平成・令和 年 月 日)				
			<input type="checkbox"/> イ 同じ種類→(平成・令和 年 月 日 (前回接種日))から(ヶ月 週 日) の間隔をおくところを(ヶ月 週 日)の間隔で接種				
		<input type="checkbox"/> 5. 接種量を間違えてしまった。	正(ml)を誤(ml)で接種				
<input type="checkbox"/> 6. 接種部位・投与方法を間違えてしまった。	内容 (例: 皮下でなく筋肉内に注射した。)						

4	間違いの概要 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 7. 接種器具の扱いが適切でなかった。(8.を除く)	内容(例:床に落とした注射器を使用した。)
		<input type="checkbox"/> 8. 既に他の対象者に使用した針を使う等、接種器具の適切でない取り扱いのうち、血液感染を起こしうるもの。	内容(例:医師の指に針が刺さったがそのまま使用した。)
		<input type="checkbox"/> 9. 期限の切れたワクチンを使用した。	有効期限(平成・令和 年 月 日)のワクチンを(平成・令和 年 月 日)に接種
		<input type="checkbox"/> 10. 凍らせてしまう、冷蔵されていなかった等、不適切な保管をされていたワクチンを使用した。	内容(例:常温で2日間おいてしまった。)
		<input type="checkbox"/> 11. 対象年齢以外の者へ接種してしまった。	(歳 月 ~ 歳 月)が対象者の接種を(歳 月)で接種した
		<input type="checkbox"/> 12. 接種禁忌者へ接種してしまった。 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> ア 明らかな発熱(37.5℃以上)者への接種
			<input type="checkbox"/> イ 過去に接種液に含まれる成分によりアナフィラキシーを呈したことがある者へ接種した
			<input type="checkbox"/> ウ 重篤な症状が明らかな者への接種
<input type="checkbox"/> エ その他()			
<input type="checkbox"/> 13. その他			
<input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン接種可能期間以外での接種 (接種可能期間が10月15日~1月31日であるのを____月____日に接種)			
5	間違いの原因 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 予診票又は母子健康手帳の確認不足 <input type="checkbox"/> 接種に従事する者の中での伝達誤り又は誤認 <input type="checkbox"/> 予診票記載誤り <input type="checkbox"/> ワクチンの確認不足 <input type="checkbox"/> その他()	
6	間違いの発覚 (□にチェック)	<u>発覚した日:平成・令和 年 月 日</u> <input type="checkbox"/> 市町村からの連絡により発覚 <input type="checkbox"/> 接種後の自院の再確認等により発覚 <input type="checkbox"/> 被接種者又は保護者からの指摘 <input type="checkbox"/> その他()	
7	間違い後の状況	<input type="checkbox"/> (1) 済 (□保護者・□被接種者・□その他()) 内容(ア~ウを必ず説明しそれぞれに□にチェックを付けて下さい) <input type="checkbox"/> ア 当該接種の身体への影響 <input type="checkbox"/> 有 [] ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> イ 今後の接種方法 <input type="checkbox"/> ウ 当該接種は予防接種法第5条1項に規定する定期の予防接種とならず、健康被害が発生した場合、国の救済制度の対象とならない可能性があること	

7	間違い後の 状況	1. 保護者又は被接種者等 への説明 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (2)未 (説明をしていない理由 (必須))						
		2. 健康被害の発生 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (1)有 <input type="checkbox"/> (2)無 <input type="checkbox"/> (3)不明 (1)にチェックの場合は内容・回復状況を記載して下さい。						
8	医療機関の今後の 間違い防止策								
愛知県医師会確認欄									
市町村記入欄	受付日時	平成・令和	年	月	日	午前・午後	時	受付者	
その他参考事項									

※1 ワクチンにつきそれぞれ報告書を提出して下さい。

※被接種者（保護者）への説明は特段の事情がない限り行って下さい。

※本報告書に記載漏れ等がないかご提出前に再度ご確認をお願いします。

※本報告書の提出と同時に該当する市町村への連絡をお願いします。

※間違いの発覚後速やかに予診票の写しとともに愛知県医師会へご提出をお願いします。