柏市予防接種に係る間違い報告書

柏市長　太 田 和 美 あて　　令和　　年　　月　　日

接 種 者	医療機関名 （医師名）					
	医療機関の 住 所 （電話番号）	（　　－　　－　　）				
報告者※接種者と異なる場合のみ記入してください。	医療機関名 （報告者名）	（報告者：　　）				
患者氏名 （被接種者）		性別	1.男 2.女	年齢	歳　　か月 （　　年　　月　　日生）	
住　所	柏市					
保護者氏名		電話番号				
接種の状況	接種日時	年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分				
間違いの態様 ＊複数の「間違い」にまたがる場合は，複数選択すること	1．接種するワクチンの種類を間違えてしまった。（本来　　を接種するところ　　を接種） 2．対象者を誤認して接種してしまった。（本来　　に接種するところ　　に接種） 3．不必要な接種を行ってしまった。 4．接種間隔を間違えてしまった。（　　接種後　　日で　　を接種） 5．接種量を間違えてしまった。（本来　　mlのところ　　ml接種） 6．接種部位・投与方法を間違えてしまった。 7．接種器具の扱いが適切でなかった。（8．を除く） 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。 9．期限の切れたワクチンを使用してしまった。 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てしまった。 11．その他					

接種ワクチン ①から順に誤接種ワクチンを記入	ワクチンの種類	メーカー	ロット番号	有効期限	接種回数
	①				第　　期（　　回目）
	②				第　　期（　　回目）
	③				第　　期（　　回目）
	④				第　　期（　　回目）

間違いの原因	【記入内容：間違いが起こった原因や当時の状況　等】	
間違いがどの時点で発覚したか	【記入内容：間違いが発覚した状況 等】	
被接種者（保護者）への説明内容	【記入内容：状況の説明，健康状態の経過，免疫学的な効果の影響や今後の接種スケジュール等，保護者へ説明した内容】	
健康被害	有 ・ 無	【有の場合，具体的な症状と現状】
再接種の有無	有 ・ 無	【有・無と判断した理由，有の場合，接種予定時期】
抗体検査の有無	有 ・ 無	【有の場合，具体的な内容及び結果】
血液検査の有無	有 ・ 無	【有の場合，具体的な方法と回数】
今後の事故防止策	【記入内容：チェック体制の改善点　等】	

※記入時，判断に迷う場合等は，健康増進課にご相談ください

※予診票を添付ください