別紙5

（参考様式）

**予防接種間違い報告書**

　　令和　　年　　月　　日

八王子市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八王子市医師会長

**1.発生場所（医療機関・接種医師等）**

**2.発生日時　：　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）午前・午後　　　時　　　分**

**3.間違いの概要**

**4.対象者（被接種者）**

**フ　リ　ガ　ナ**

**氏名：　　　　　　　　　 　　 　 （ 男・女 ）**

**生年月日：　昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日**

**住所：**

**保護者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：**

**5.接種ワクチン（種類、メーカー、ロット番号）**

**6.発生状況**

**7.原　因**

**8.対象者または保護者への連絡、対応（ 令和　　　年　　　月　　　日 ）**

**9.健康被害の有無　　　　　有　　・　　無**

**※健康被害が生じた場合はその内容**

**10.再発防止への対応・改善策**

**11.保健所保健総務課への連絡日：　　　令和　　　年　　　月　　　日　（　　　）**

（間違いの発生又は、間違いが判明した場合は、速やかに保健所保健総務課へ電話連絡をお願いします）