



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	
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、具体的な方法及び回数 ( )
公表の有無	有・無	有の場合、具体的な方法（記者発表等） ( )
【今後の再発防止策】		

## 予防接種に係る間違い報告書（記載例）

報告受理年月日	平成29年〇月〇日	間違い発生年月日	平成29年〇月×日
市町村名	〇〇市	市町村担当者名	〇〇 〇〇
非接種者の情報	生年月日 平成△年△月〇日生	年齢(接種時)	×歳△か月 性別 男
医療機関名	◇◇クリニック	医療機関所在地	〇〇市××1-1
ワクチンの種類	四種混合	ワクチン名	クアトロバック
メーカー名	化血研	ロット番号	××××
<b>【間違いの態様】</b> ※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間違い	(本来の接種ワクチン)	MR ワクチン
	(2) 対象者以外への接種		
	(3) 不必要な接種を実施	(不必要な接種ワクチン)	
	(4) 接種間隔の間違い ( 日)	(本来の接種間隔)	日
	(5) 接種量の間違い ( ml)	(本来の接種量)	ml
	(6) 接種部位・投与方法の間違い	(具体的内容)	
	(7) 接種器具の適切でない取扱い (血液感染を起こしうるもの)	(具体的内容)	
	(8) 接種器具の適切でない取扱い (7)を除く)	(具体的内容)	
	(9) 有効期限切れワクチン接種	(有効期限)	年 月 日
	(10) その他 (ワクチンの不適切な保管, 取り扱い等)	( )	
<b>【間違いの概要】</b> 四種混合ワクチンと MR ワクチンを取り違え、気づかず1名に接種した。 ※簡潔に記載すること。			
<b>【間違いがどの時点で発覚したか】</b> 接種直後に看護師がラベルを見て判明。 ※いつ、だれが、どうして発覚したか簡潔記載。			
<b>【被接種者（保護者）への説明内容】</b> 異なったワクチンを接種したことを医師から保護者へ説明し、納得してもらった。 ※被接種者（保護者）の納得の有無についても記載すること。			

健康被害	無	有の場合、具体的な症状と現状 ( )
再接種の有無	無	
抗体検査の有無	無	有の場合、具体的な内容及び結果 ( )
血液検査の有無	無	有の場合、具体的な方法及び回数 ( )
公表の有無	無	有の場合、具体的な方法（記者発表等） ( )
<p><b>【今後の再発防止策】</b>  事務員、看護師、医師でのトリプルチェックを徹底し、ワクチンその他接種間隔や接種方法等について間違いの無いようにする。  ※市町村・医療機関でそれぞれどのようなことが出来るか検討し、記載。</p>		