報告日　　　年　　　月　　　日

予防接種の「間違い」報告書

１．接種者（医療機関名・医師名等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 接種医師名 | ㊞ |
| 所在地 |  | 電話番号 | （　　　） |

２．被接種者（保護者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 保護者（被接種者が未成年の場合） |  | 電話番号 | （　　　） |
| 住所 |  |

３．接種の状況

|  |  |
| --- | --- |
| (1)接種日時 | 年　　月　　日（　　）　午前・午後　　　時　　　分 |
| (2)本来接種すべきワクチン・接種期・回 |  |
| (3)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)接種時の状況 |  |

４．健康被害の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 健康被害の状況 | （ア）健康被害の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無（イ）（ア）が有の場合、具体的な内容と報告時点での現状 |

* 「（ア）健康被害の有無」について「有」とした場合、（イ）に健康被害の具体的内容と、報告時点での現状について記載すること。なお、報告時点で未回復の場合、引き続き経過を観察するなど、丁寧な対応を心がけること。

５．「間違い」の態様

|  |  |
| --- | --- |
| (1)ワクチンの種類を誤って接種した | 正（　　　　 　）を誤（　　 　　　）で接種 |
| (2)対象者を誤認して接種した |  |
| (3)不必要な接種を行った | 例）DPT-IPVを５回接種した |
| (4)接種間隔の誤り | ア　生ワクチン（27日以上を　　　日）で接種イ　不活化ワクチン（6日以上を　　　日）で接種ウ　同じ種類（　　　日）の間隔をおくところを（　　　）日で接種 |
| (5)接種量の誤り | 正（　　　　ml）を誤（　　　　ml）で接種 |
| (6)接種部位・投与方法の誤り | 例）皮下ではなく筋肉内に注射した |
| (7)接種器具の扱いが適切でなかった（(8)を除く） | 例）床に落とした注射器を使用した |
| (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 | 例）医師の指に針が刺さったが、そのまま使用した |
| (9)期限切れワクチンの使用 | 有効期限（　 　　年　　　月　　　日）のワクチンを、（　 　　年　　　月　　　日）に接種した |
| (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 | 例）常温で２日間おいてしまった |
| (11)その他 | ア　対象年齢以外の者への接種（　　歳　　月　）が対象者の接種を（　　歳　　月）で接種したイ　接種禁忌者（明らかな発熱者、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のある者、重篤な症状が明らかな者等）への接種ウ　その他 |

* 上記(1)～(11)の「間違いの態様」うち、あてはまる欄に記載すること。
* 複数の「間違い」にまたがる場合（「例」：本来は兄に日脳を接種すべきが、弟に有効期限切れのＭＲを接種した場合など）は、「間違いの態様」を複数（「例」でいえば、１，２，９）選択し、それぞれ同様の記載をすること。

６．予防接種の間違いの具体的な内容

|  |  |
| --- | --- |
| (1)間違いがどの時点で発覚したか | 例）接種直後に看護師がラベルを見て判明 |
| (2)間違いの原因 | 下記のいずれかを選択（ア）予診票又は母子健康手帳の確認（イ）接種に従事する者の間での伝達誤り又は誤認（ウ）保護者による予診票記載誤り（エ）ワクチン保管が正しくなかった（オ）その他 |
| (3)被接種者（保護者）への説明内容 | 例）異なったワクチンを接種したことを接種医より保護者に説明し、納得を得た。内容 |
| （ア）当該接種の身体への影響について説明　　　　　　済　・　未済内容（イ）今後の接種方法について説明　　　　　　　　　　済　・　未済内容（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はならず、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　　　　　　　　　　　　 　　　　 　 済　・　未済（エ）被接種者（保護者）の納得の有無　　　　　　　　有　・　無 |

* 「(2)間違いがどの時点で発覚したか」については、いつ、だれが、どうしてそれが発覚したのか分かるように記載すること。
* 「(3)被接種者（保護者）への説明内容」については、上段の内容欄に「間違い」に関する説明内容を簡潔に記載した上で、下段の（ア）～（エ）についても記載すること。

７．予防接種の間違いへの対応

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の間違いへの対応 | （ア）再接種の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無（イ）抗体検査の有無　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無（ウ）（イ）が有の場合、その具体的な内容及び結果（エ）血液検査の有無　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無（オ）（エ）が有の場合、その具体的な内容及び結果（カ）再発防止策 |

* 「（ア）再接種の有無」については、本来接種すべきワクチン（「３．(2)に記載したワクチン）を再接種した場合に「有」とすること。

提出先：上尾市健康福祉部健康増進課管理担当

上尾市緑丘２－１－２７（東保健センター内）

TEL：０４８－７７４－１４１４