

# 予防接種事故報告書

年 月 日

那覇市長 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_

院長 \_\_\_\_\_ 印

担当者氏名・所属 \_\_\_\_\_

連絡先（TEL） \_\_\_\_\_

下記のとおり報告致します。

事故の概要					
事故の原因					
被接種者	(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
	住所				
接種の状況	接種日	年 月 日	接種前の体温	度 分	
	ワクチン	種類		回数	
		製造業者		ロット番号	
	接種方法			接種部位	
被接種者の経過					
	報告時点での健康被害の有無	有 ・ 無			
接種後の被接種者・保護者への対応	(対応日・説明内容等の詳細)				
今後の再発防止策					

※予診票の写しを添付してください。