

提出日をご記入ください

令和6年4月1日

名護市長 殿

医療機関名 名護健康増進医院

## 予防接種間違い・事故報告書

対象者情報	氏名	名護 太郎	生年月日	令和●年●月●日	
	住所	名護市港一丁目1番1号			
	電話	0980-53-1212			
間違い(事故)の概要	発生日時	令和●年●月●日	接種医名	健康 太郎	
	ワクチン情報	製造販売業者	種類	ロット番号	
		ビケン	日本脳炎	AA●●●	
	間違い(事故)の内容	<input type="checkbox"/> 1.接種するワクチンの種類を間違えてしまった。(2.を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 2.対象者を誤認して接種してしまった。 <input type="checkbox"/> 3.不必要な接種を行ってしまった。 <input type="checkbox"/> 4.接種間隔を間違えてしまった。 <input checked="" type="checkbox"/> 5.接種量を間違えてしまった。 <input type="checkbox"/> 6.接種部位・投与方法を間違えてしまった。 <input type="checkbox"/> 7.接種器具の扱いが適切でなかった。(8.を除く) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 9.期限の切れたワクチンを使用してしまった。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 11.その他 ( )			
◆間違い(事故)の原因、事故発生時の状況等を簡潔に記載) 兄に接種するワクチンを弟に接種したため、通常0.25mlを接種するはずが0.5mlを接種してしまった。					
間違い(事故)後の対応	対象者の健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 副反応有り	説明した日	令和 年 月 日	
	説明者	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	説明相手	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	説明内容	兄と弟の接種を逆に接種してしまったことを伝え、今後の健康状態の確認方法や症状が出た際の対応方法等を説明後、正しいワクチン接種を行った。			
	説明した時の反応	納得していただき、正しいワクチン接種を行うことに同意していただいた。			
再発防止策(具体的に記載する)	接種直前に、予診票の名前と本人の名前、生年月日が一致しているか必ず行うこととする。				