

(記入例)

報告日 令和4年3月3日

追記日 令和4年3月13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	〇〇医院	接種医師名	〇〇 〇〇 印 
所在地	上尾市〇〇▲-▲-▲	電話番号	048(048)0480

2. 被接種者（保護者）

フリガナ	シカクシカク マルタロウ	生年月日	令和 3年 1月 1日
氏名	□□ 〇太郎	電話番号	048(048)0480
保護者（被接種者が未成年の場合）	□□ 〇子	電話番号	048(048)0480
住所	上尾市〇〇▲-■-■		

3. 接種の状況

(1) 接種日時	令和 4年 3月 2日(火) 午前・  午後 4時30分			
(2) 本来接種すべきワクチン・接種期・回	水痘1回目			
(3) ワクチンの種類	製造販売業者	〇〇	ロット番号	〇〇〇
	接種部位	上腕後外部	接種方法	皮下接種
(4) 接種時の状況	<p>当日は兄の接種予約だけだったが、保護者が1日で済ませたい意向から〇太郎様の接種も希望した。お断りしたが理解を得られず、内部で相談し接種を許可したものの、突然予定外の接種が入ったため、被接種者の流れが滞り、焦る状況があった。</p> <p>このため、予診票の記載と母子手帳の接種履歴をじっくり確認する時間的余裕がなく、母子手帳に記録されたMRの接種日から20日間しかたっていないことや、予診票の記入内容に誤りがあることに気付かなかった。</p>			

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 (当日夜に 40°Cの発熱があった。 翌日から 37.5°Cの微熱があるため、引き続き経過を観察していく。 接種痕は少し青くなっているが、他に異常は認められない。)
---------	--

※ 「(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 前回生ワクチン（27日以上を 20 日）で接種 イ 前回不活化ワクチン（6日以上を 日）で接種 ウ 前回同じ種類（ 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、冷蔵されていない等、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がある者、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 受付担当者が保護者から次回の接種の相談を受けた時に、母子手帳のワクチンシールを貼ったページを確認したところ、今回の水痘接種が前回のMR接種から20日しか経過していないことに気付いた。
--------------------	--

(2) 間違いの原因	下記の該当するものを選択 <input checked="" type="radio"/> (ア) 予診票又は母子健康手帳の確認 <input type="radio"/> (イ) 接種に従事する者間での伝達誤り又は誤認 <input checked="" type="radio"/> (ウ) 保護者による予診票記載誤り <input type="radio"/> (エ) ワクチン保管が正しくなかった <input type="radio"/> (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 前回のMR接種から27日以上空けて接種すべきところを、20日しか経過してないうちに接種したことを、接種医から保護者に説明し、納得を得た。 (ア) 当該接種の身体への影響について説明 <input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未済 内容 [発赤等の症状が出る可能性があること 接種の効果を十分に得られない可能性があること を説明] (イ) 今後の接種方法について説明 <input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未済 内容 [今回の件では特に変更はなく、生ワクチンの後は27日以上、不活化ワクチンの後は7日以上間隔をおいて接種することを説明] (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 <input checked="" type="radio"/> 済 ・ 未済 (エ) 被接種者(保護者)の納得の有無 <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 (イ) 抗体検査の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 (ウ) (イ) が有の場合、その具体的な内容及び結果 ※3月13日追記 [〇〇法により測定。値が基準値より低かったため再接種を3月30日に実施予定] (エ) 血液検査の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 (オ) (エ) が有の場合、その具体的な内容及び結果 [(例)被接種者及び針が刺さった者に、当日・3か月後・半年後に実施] (カ) 再発防止策 [リスクマネジメントマニュアルを作成し、 医師・看護師・受付事務員の再教育を行い、再発防止に努める。]
--------------	--

※ 「(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