

定期接種対象外となった接種に関する報告事項（１／２）

報告日 令和 年 月 日

対象者整理番号
(仙台市記入欄)

※個人情報に記載いただかないようにお願いいたします※

①予防接種実施医療機関名			②担当者・連絡先	TEL
③予防接種実施年月日	年	月	日	④対象外となった人数
⑤ワクチン_種別			⑥ワクチン_メーカー	⑦ワクチン_ロット
⑧対象外の接種であることがどの時点で発覚したか				
⑨対象外となった理由				
⑩対象外となった具体的な理由 ※⑨の内容を補足願います。				
被接種者（保護者）への説明内容 ※被接種者（保護者）の納得の有無についても記載				

◆裏面にもご記入をお願いいたします◆

定期接種対象外となった接種に関する報告事項（２／２）

発生した要因と再発防止策	(発生した要因)				
	(再発防止策)				
健康被害	無 ・ 有	(有の場合) 具体的な内容と現状			
再接種	無 ・ 有	(有の場合) 抗体検査の有無	無 ・ 有	(有の場合) 具体的な内容及び結果	
血液検査	無 ・ 有	(有の場合) 具体的な方法及び回数			
備考					