

縣(市)疫苗接種異常事件通報及調查表

發生時間： 年 月 日 時 分 接種地點： _____ 接種單位： _____ 接種人員：姓名 _____ 職稱 _____	衛生所填報人員：所屬衛生所 _____ 姓名 _____ 職稱 _____ 獲知時間： 年 月 日 時 分 衛生局審查通報人員： 姓名 _____ 職稱 _____ 通報日期： 年 月 日 時 分
---	---

異常事件類別

問題內容

<input type="checkbox"/> 疫苗種類錯誤 <input type="checkbox"/> 劑量錯誤 <input type="checkbox"/> 重複施打 <input type="checkbox"/> 提前接種 <input type="checkbox"/> 打錯人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	原應接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 此次接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 廠牌 _____ 批號： _____ 效期： _____ 同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 是， _____ <input type="checkbox"/> 否
--	--

事件描述

事件原因與經過：

