

高松市長 殿

令和 年 月 日

医療機関番号

1

医療機関名

令和 年 月分 高松市予防接種ワクチン報告書

予防接種名	メーカー・規格 ※2社以上のメーカーがある製品は、使用しているものを ○で囲んでください	前月末 残 数 (A)	納品数 (B)	使用数 (C)	破 損 等 数 及 び 理 由 (D) (理由)	今 月 末 残 数 [(A) + (B)] - [(C) + (D)] (B)が0本の場合は、残りの使用期間 を確認し、チェックしてください
ヒ ブ	サ ノ フィ パ ス ツ ー ル 1 人 用	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
小 児 用 肺 炎 球 菌	フ ァ イ ザ ー ・ M S D 0.5ml 1 シ リ ン ジ	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
B型肝炎	K M B ・ M S D 0.25ml 1バイアル・0.25ml 1シリンジ	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
B C G	日 本 ビ ー シ ー ジ 1 人 用	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
ロタウイルス	M S D ・ グ ラ ク ソ 2ml 1.5ml	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
五 種 混 合	K M B ・ 阪 大 0.5ml 1 シ リ ン ジ	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
四 種 混 合	阪 大 0.5ml 1 シ リ ン ジ	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
不活化ポリオ	サ ノ フィ パ ス ツ ー ル 1 人 用	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
麻しん風しん	阪 大 ・ 第 一 三 共 1 人 用	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
水 痘	阪 大 1 人 用	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
日 本 脳 炎	K M B ・ 阪 大 1 人 用	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
二 種 混 合	阪 大 0.1ml	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上
子 宮 頸 がん	M S D ・ グ ラ ク ソ 0.5ml 1 シ リ ン ジ	本	本	本	本	本 □0か月 □1か月 □2か月以上

●納品数、使用数及び破損等数は当該月にそれぞれ納品、使用及び破損した数量を記入してください。

●報告単位は本数とし、予防接種実施報告書の接種件数と使用数が合致するようにしてください。

●当該月に納品されたワクチン業者への注文書を付けて、翌月の10日(10日が土日祝日の場合は翌平日)までに予防接種実施報告書とともに感染症対策課へ提出してください(納品・使用実績がない場合も「0」と記入して必ず報告してください)。

毎週高松市に注文するワクチンの数量は、原則として予防接種の予約を受けた人数分のみとし、接種不可等やむを得ない場合以外はワクチンではできる限り残らないようにしてください。また、任意接種等のワクチンとは分けてお取り扱いください。

◎今月末残数のあるワクチンについては有効期限を確認し、特に新たな納品が無かったワクチンについては残りの使用期間にチェックを入れてください。

〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号

高松市保健所 感染症対策課

Tel 087(839)2870 Fax 087(813)0221