院内感染対策個別相談票

|  |
| --- |
| 記載または該当部分に○印を付けてください。 |
| 【施設名称】　　　　　　　　　　　　　【相談年月日　平成　　年　　月　　日（　）】 |
| 【記載者名】　　　　　　　　　　　　　【連絡先　TEL：　　　　　FAX:　　　　　　】 |
| 【相談の主な対象】 | 患者 | 医療従事者 | 施設 | 組織 |
| 【相談内容】（複数回答可） |
| 感染症一般 | 事例 | 施設内組織 | 環境管理 | マニュアル |
| 職業暴露 | 予防技術･手技 | 消毒・滅菌 | サーベイランス | その他 |
| 【院内感染の疑いまたは保菌事例の場合】１．発生場所･診療科（　　　　　　　　　）２．保菌・感染者数（　　　　　　　　）３．感染部位（　　　　　　　　　　　　　）４．病原体名（　　　　　　　　　　　） |
| 【回答を希望する職種】 | 医師 | 薬剤師 | 看護師 | 臨床検査技師 |
|  |
| 【相談内容】　＊内容を具体的に記載して下さい。 |