(相談を受けたい方から感染制御ネットワークへ提出用)

医療関連感染対策個別相談事例記録票

相談を受けたい方が差し支えない範囲で記載又は該当部分に印をつけてください。

[相談対象施設の種類]						
病院	診療所	歯科診療所	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	重症心身障害児(者)施設	その他

［病床数］	0	1～19	20～99	100～199	200～499	500 以上

［感染対策委員会の有無］	あり	なし
［ＩＣＴの有無］	あり	なし

［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）感染症一般について（　　）				
多発事例	職業暴露	個別管理	環境管理	施設内組織
サーベイランス	消毒法	マニュアル	感染症一般(SARS 等)	その他

［感染の疑いまたは保菌事例の有無］	あり	なし

［相談内容］	
相談年月日	年　　月　　日
貴医療施設名	
所在地	
担当者名（職名･連絡先）	職名　　氏名 TEL FAX

送信先　社団法人滋賀県病院協会　ＦＡＸ　０７７－５２５－５８５９

（ＴＥＬ　０７７－５２５－７５２５）

(相談を受けたい方から感染制御ネットワークへ提出用)

［事例があった場合の相談内容］ **事例の発生した場所**（複数回答可）： 施設全般、外来、一般病棟、内科系病棟、外科系病棟、精神科病棟、結核病棟、移植病棟、ICU、新生児 NICU、透析、手術、検体検査、その他の検査（内視鏡、放射線科等）、給食、その他の入所施設 **事例の発生した診療科**（複数回答可）： 内科、外科、小児科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、整形外科、精神科、歯科、その他 **事例に巻き込まれたと思われる患者の数**：　　名 **事例に巻き込まれたと思われる患者**（できればすべての患者）**の基礎疾患**： **感染部位**（複数回答可）： 血流感染、手術部位感染、尿路感染、呼吸器感染、消化器感染、眼、中枢神経系、皮膚、不明又はその他 **病原体**（別紙のコード番号または病原体名を記載）：
［事例があった場合の相談内容］ 事例につき自由に記載してください。

相談年月日	月　　日
貴医療施設名	
所在地	
担当者名（職名・連絡先）	