

医療機関における院内感染発生状況報告票

報告日時	年 月 日 午前・午後 時 分									
医療機関名						管理者名				
所在地										
TEL				FAX				発信者		
許可病床数				職員		名(うち 調理従事者数 名)				
施設の 種類	<input type="checkbox"/> 病院					<input type="checkbox"/> 無床診療所				
	<input type="checkbox"/> 有床診療所					<input type="checkbox"/> その他()				
施設の対応 状況報告基準 ・○で囲む	1. 同一医療機関内で同一菌種による感染症の発症例が多数にのぼる場合(10名以上となった場合) (VRSA、MDRP、VRE、多剤耐性アシネトバクター・バウマニについては保菌者を含む) 2. 同一医療機関内で同一菌種による感染症の発症事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合 3. 1. 2に該当しないが、管理者が必要と認めた場合。									
年 月 日現在の発症者数										
年齢区分 (歳)	6 以下	6~12 (小学生)	13~15 (中学生)	15~19 代	20~30 代	40~50 代	60 代	70 代	80 以上	合計
入院患者総数										
発症 患者 数	患者									
	職員									
保菌 者数	患者									
	職員									
主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()									
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ様 <input type="checkbox"/> ノロ様 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()									
患者発生 状況経過 等その他	初発患者 年 月 日 午前・午後 時 分頃 思い当たる飲食物 : <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> その他() 思い当たる行動等 : <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 外泊 <input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> その他()									
診断名	担当医師名									
受信者	保健福祉事務所					担当者 :				
受信日時	年 月 日 午前・午後 時 分									
保健所 確認指導	<input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 終息確認 <input type="checkbox"/> その他									

※1 日別・病棟別の発生状況がわかるグラフ(流行曲線)などを添付。

※2 他の様式等による報告も可。

※3 感染症法等、他の規定等に基づき保健所(保健福祉事務所)に届け出ている場合は、原則報告不要。

※4 入院患者総数は、報告時点の入院患者数を記載のこと。