

医療関連感染対策相談票

相談概要			
	※医事業務課処理欄		

※下表の欄に必要事項を記載又してください。

相談日	年 月 日		
医療機関名		病床	有()床・無
所在地			
電話番号(内線)		FAX 番号	
管理者名			承諾済 <input type="checkbox"/>
相談者	職 種	氏 名	メールアドレス

【相談内容】 ※内容を具体的に記載してください。特に、多剤耐性菌に係る相談の場合は、経過(菌種、検体の種類、検査方法を含む)、現在おこなっている対策も記載してください。

拠点病院等による支援の希望 (多剤耐性菌の発生について) **希望あり ・ なし**

- ※ 回答は FAX 又は電子メールで送らせていただきますので、FAX 番号またはメールアドレスの記入をお願いします。
- ※ 医療機関内で情報を共有していただくため、相談内容については管理者及び院内感染対策委員会の承諾を得たうえで、承諾欄に を入れてください。
- ※ 回答には 10 日前後 (場合によってはそれ以上) かかることがありますのでご了承ください。
- ※ 相談事例につきましては、医療関連感染防止対策推進のため、相談及び回答を医療機関へ広く情報提供する場合がありますのでご了承ください。なお、医療機関名等相談者に関する情報は非公開として取り扱います。
- ※ 患者等の個人情報については十分配慮し、相談票へ記載しないで下さい。

<p>≪相談対応の流れ≫</p>

