

社会福祉法人 鷺鷥 済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル P-4 : 院内感染症発生届		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-4-2-230427	ページ	1 / 1

院内感染症発生届

提出日 西暦 年 月 日
提出者 所属 _____ 氏名 _____

1. 発生日 西暦 年 月 日

2. 発生者

	発生場所	氏名	年齢	職種
<input type="checkbox"/> 入院患者	病室 () 号室			
<input type="checkbox"/> 職員	部署 ()			

3. 感染症

	疾患名	ワクチン・抗体の有無	就業制限期間の目安
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ (A ・ B)	有 ・ 無 ・ 不明 ワクチン接種日 (/)	発熱から 5 日間経過し かつ解熱後 48 時間経過
<input type="checkbox"/>	COVID-19	有 ・ 無 ・ 不明 ワクチン接種 () 回	発熱から 5 日間経過し かつ解熱後 24 時間経過
<input type="checkbox"/>	ノロウイルス		症状消失後 48 時間 <small>※患者発生時は栄養科に連絡すること</small>
<input type="checkbox"/>	クロストリジウム・デフィシル (CD トキシン陽性)		
<input type="checkbox"/>	麻疹	有 ・ 無 ・ 不明	発疹出現後 7 日間
<input type="checkbox"/>	水痘 (播種性帯状疱疹)	有 ・ 無 ・ 不明	すべての水疱が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/>	風疹	有 ・ 無 ・ 不明	発疹出現後 5 日間
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	有 ・ 無 ・ 不明	耳下腺腫脹から 9 日間
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎 (EKC)		眼瞼結膜の発赤消失まで (眼科医を受診し了解を得た上で就業復帰可とする)

4. 対処の方法 (症状及び休暇の有無・期間について記入)

- ・ 発症日時 【 / 時頃～・ 症状 ()】
- ・ 治療内容 【 】
- ・ 患者対応 【 個室隔離 ・ コホート隔離 ・ その他 ()】
- ・ 同室者対応 【迅速検査(全員実施 ・ 一部 ・ 未実施)・ 予防治療(全員実施 ・ 一部 ・ 未実施)】
- ・ 職員対応 【最終勤務日時 (/ 時頃) ・ 復職予定 (/ ・ 未定)】
- ・ ICT への連絡 【 未 ・ 済 {感染対策委員長・感染管理認定看護師・その他 ()}】

※記入後は、感染管理認定看護師のメールアドレスへ入れて下さい