

社会福祉法人 ^{恩賜財団} 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-7 : A. 針刺し発生届（一般用）		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	2 / 6

西暦 年 月 日

A.針刺し・切創事例（一般用） 発生届

安全衛生委員会委員長 殿

院内感染に関する針刺し・切創事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長

部署 _____ 氏名 _____

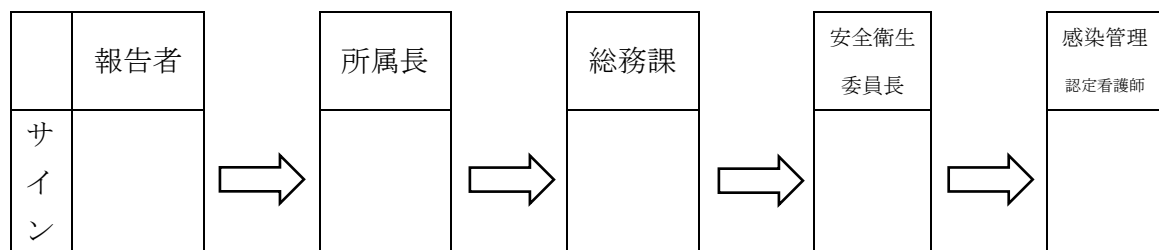
<対策指示>

- ・ 院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長

<発生届の流れ>

※発生部署で1部保管のこと



- ・ 下記の順番で、速やかに届出を行ってください
- ・ 各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
- ・ 記載に際し不明な点は、感染対策室（PHS86237）にご相談ください

社会福祉法人 ^{恩賜財団} 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-7：A. 針刺し発生届（一般用）		
文書番号	感対-共様-マニュアルP-7-3-250501	ページ	3 / 6

職業感染制御研究会

Exposure
Prevention
Information
NETwork



血液・体液曝露

エビネット日本版 - Japan EPINet

A：針刺し・切創報告書

(Version 4)

病院コード番号

--	--	--	--	--	--

院内報告番号

A					
---	--	--	--	--	--

1 報告者

■ 氏 名	■ 所属部門	■ 経験年数 (年)
■ ふりがな	<input type="checkbox"/> 1 医師部門 <input type="checkbox"/> 5 検査部門	■ 性 別 (男 ・ 女)
■ 職員番号	<input type="checkbox"/> 2 病棟部門 <input type="checkbox"/> 6 放射線部門	■ 年 齢 (歳)
■ カルテ番号	<input type="checkbox"/> 3 外来部門 <input type="checkbox"/> 99 その他	
	<input type="checkbox"/> 4 中材・手術部門 (記載)	

2 発生日時

発生日 西暦 年

 月 日

発生時間（24 時間制）

 時 分

3 職種（1つだけチェック）

<input type="checkbox"/> 1 医師（常勤・非常勤を含む）→	<input type="checkbox"/> 1 内科
<input type="checkbox"/> 2 レジデント・研修医 →	<input type="checkbox"/> 2 外科
<input type="checkbox"/> 3 医学生	<input type="checkbox"/> 3 麻酔科
<input type="checkbox"/> 4 看護師	<input type="checkbox"/> 4 整形外科
<input type="checkbox"/> 5 准看護師	<input type="checkbox"/> 5 リハビリ科
<input type="checkbox"/> 14 助産師	<input type="checkbox"/> 6 形成外科
<input type="checkbox"/> 15 保健師	<input type="checkbox"/> 7 小児科
<input type="checkbox"/> 6 看護助手	<input type="checkbox"/> 8 産婦人科
<input type="checkbox"/> 7 看護学生	<input type="checkbox"/> 9 眼科
<input type="checkbox"/> 8 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 10 皮膚科
<input type="checkbox"/> 9 放射線技師	<input type="checkbox"/> 11 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 10 歯科医師	<input type="checkbox"/> 12 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 11 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 13 精神・神経科
<input type="checkbox"/> 12 業務士（清掃・洗濯・廃棄）	<input type="checkbox"/> 14 放射線科
<input type="checkbox"/> 13 薬剤師	<input type="checkbox"/> 15 歯科・口腔外科
<input type="checkbox"/> 99 その他	<input type="checkbox"/> 16 脳神経外科
(職業記載)	<input type="checkbox"/> 17 腎透析部
	<input type="checkbox"/> 18 中央臨床検査
	<input type="checkbox"/> 19 救急部
	<input type="checkbox"/> 20 手術部
	<input type="checkbox"/> 99 その他
	(記載)

4 発生場所（1つだけチェック）

<input type="checkbox"/> 1 病室（集中治療室を除く）
(病棟名記載)
<input type="checkbox"/> 2 病室外（廊下、ナースステーション等）
(病棟名記載)
<input type="checkbox"/> 3 救急部門
<input type="checkbox"/> 4 集中治療室（術後回復室を含む）
<input type="checkbox"/> 5 手術部
<input type="checkbox"/> 6 外来診察室（処置室）
(科名記載)
<input type="checkbox"/> 7 輸血部
<input type="checkbox"/> 8 中央採血処置室
<input type="checkbox"/> 9 透析室
<input type="checkbox"/> 10 特殊検査処置室（放射線・内視鏡・筋電図等の検査室）
<input type="checkbox"/> 11 中央検査部
<input type="checkbox"/> 12 病理解剖
<input type="checkbox"/> 13 中央材料室
<input type="checkbox"/> 14 分娩室
<input type="checkbox"/> 15 在宅
<input type="checkbox"/> 99 その他
(場所記載)

5 患者の確定・汚染源の患者が誰かわかっていますか？ （1つだけチェック）

☐ 1 はい（以下の項目にもお答え下さい）

(患者氏名又はイニシャル)

(患者カルテ番号)

入院・外来 ☐ 1.入院 ☐ 2.救急外来

☐ 3.外来（救急を除く） ☐ 4.不明

患者の	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
検査結果	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HBs 抗原	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HBe 抗原	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	梅毒	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	ATLA (HTLV-1)	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査

☐ 2 いいえ

☐ 3 適切な回答なし（患者への使用前など）

社会福祉法人 ^{恩賜財団} 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-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	4 / 6

6 器材の選択・使用者—あなた自身がこの原因器材を、選択して患者に使用したのですか？ (1 つだけチェック)

- ☐ はい
☐ いいえ
☐ 適切な回答なし

(記載)

6-A 器材の所持者—他者が持っていた原因器材で受傷したのですか？

- ☐ はい
☐ いいえ

7 器材の汚染—器材は血液・体液などで汚染されていましたか？

- ☐ 見える程度の血液などが付いていた
☐ 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった (付着の程度が確認できなかった場合を含む)
☐ 血液などで汚染されていなかった
☐ 汚染されていたかどうか不明

8 使用目的—原因器材はどのような目的で使用されていましたか？

- ☐ 不明
☐ 注射器を用いた経皮的な注射 (静・筋・皮下・皮内等)
☐ ヘパリン生食等でフラッシュ洗浄 (注射器を用いて)
☐ 静脈ラインのインジェクションサイト (ゴム管・ゴム栓) への側注又は採血
☐ 静脈ラインの接続・増設
☐ 末梢血管確保 (動脈を除く、静注、一時・持続点滴を含む)
☐ 動脈/中心静脈ラインの確保
☐ 静脈採血
☐ 直接穿刺 ☐ ルートからの採血
☐ 動脈採血
☐ 血液ガス 直接穿刺 ☐ 血液ガス ルートからの採血
☐ 体液・組織採取 (試験穿刺、生検、ルンバール等)
☐ 耳介・指・足底等の穿刺
☐ 縫合
☐ 外科的切開
☐ 電気焼灼 (電気メスの使用)
☐ 剃毛
☐ その他

(記載)

9 事例発生状況—どのような状況で針刺し・切創が生じましたか？ (1 つだけチェック)

- ☐ 器材を患者に使用する前 (既に壊れていた、器材の組立、静脈ラインの組立等)
☐ 器材を患者に使用中 (患者の動作による受傷、翼状針・点滴針等の抜針・止血時を含む)
☐ 患者の抑制介助時
☐ 数段階の処置を実施する時に、その処置操作の合間 (数回の注射の合間や薬剤の追加器材の受け渡し時等)
☐ 器材の分解時 (針を外す時を含む)
☐ 再生可能な器材の再使用のための操作中 (分解、洗浄、消毒、滅菌等)

- ☐ 使用済み注射針のリキャップ時 (血液ガス検体にゴム栓などを刺す時等を含む)
☐ ゴム管・ゴム栓 (インジェクションサイト、試験管チューブ) への注入及び抜針時 (血液等の検体の分注処理を含む)
☐ 使用済み器材が床・テーブル・ベット等の上に放置されていた
☐ その他の、使用後から廃棄するまでの間 (不適切な搬送容器や、リネンなどに紛れ込んでいた)
☐ 廃棄ボックスの上やその近くに放置してあった器材で
☐ 廃棄ボックスに器材を入れる時
☐ 廃棄後に廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器材で
☐ 廃棄ボックスの投入口以外の部位から突き出していた器材で
☐ 廃棄後ゴミ袋や不適当な容器から突き出していた器材で
☐ その他

(記載)

10 器材 (器材項目・器材名・ゲージ数) — 針刺し・切創の原因となった器材は？

■器材項目：針 (中空針) (1 つだけチェック)

(1 ~ 29 の針を選択した方は、『原因器材のゲージ数』をお書きください)

- ☐ 使い捨て注射器の針
☐ 最初から薬剤が充填されている注射器の針 (ペン式インシュリン用注射器等)
☐ 血液ガス専用の注射器の針
☐ その他、あるいは種類のわからない注射器の針 (ガラス製注射器の針を含む)
☐ 点滴ライン接続・増設等に用いる針
☐ 翼状針及び点滴セットと一体となった翼状針
☐ 静脈留置針 (静脈カテーテル、サーフロー、エラストマー、アンギオカット等)
☐ 真空採血セットの針
☐ ルンバール針又は硬膜外針
☐ 何にも接続されていない注射針
☐ 動脈カテーテル誘導針
☐ 中心静脈カテーテル誘導針
☐ 鼓膜カテーテル針
☐ その他の血液用カテーテル (心臓カテーテル等)
☐ その他の非血液用カテーテル (眼科用等)
☐ 分類不能な針
☐ その他の針

(記載)

原因器材のゲージ数

- ☐ インシュリン用 ☐ ツベルクリン用
☐ 24 / 25 ゲージ ☐ 23 ゲージ
☐ 22 ゲージ ☐ 21 ゲージ
☐ 20 ゲージ ☐ 19 ゲージ
☐ 18 ゲージ ☐ その他

(記載)

裏面へつづく
→

社会福祉法人 ^{恩賜財団} 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-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	5 / 6

■器材項目：手術器材等（手術器材およびその他の鋭利な器材）
（1つだけチェック）

30 ☐ ランセット（耳介・指・足底からの穿刺採血用）

31 ☐ 縫合針

(記載)

32 ☐ 再生使用する外科用メス（替え刃を含む）
（ディスポーザブルの外科用メスは 45）

33 ☐ 剃刀、刃

34 ☐ プラスチック製ビベット

35 ☐ はさみ

36 ☐ 電気メス

37 ☐ 骨切りメス

38 ☐ 骨片

39 ☐ 布鉗子

40 ☐ マイクロトームの刃

41 ☐ トロッカー（套管針）

42 ☐ プラスチック製の吸引チューブ

43 ☐ プラスチック製の検体容器・試験管

44 ☐ 指の爪、歯

45 ☐ ディスポーザブル外科用メス

46 ☐ レトラクター、スキンフック、ボーンフック

47 ☐ ステープル/金属縫合糸

48 ☐ ワイヤ

49 ☐ ピン

50 ☐ ドリルビット

51 ☐ 摂子、鉗子類

58 ☐ 種類のわからない鋭利器材

59 ☐ その他

(記載)

■器材項目：ガラス製器材（1つだけチェック）

60 ☐ 薬剤アンプル

61 ☐ 薬剤バイアル

62 ☐ 点滴液瓶あるいは大きな薬液瓶

63 ☐ ガラス製ビベット

64 ☐ ガラス製の真空採血管

65 ☐ 試験管・検体容器

66 ☐ ガラスの毛細管

67 ☐ ガラススライド

78 ☐ 種類のわからないガラス製品

79 ☐ その他のガラス製品

(記載)

11 安全器材—受傷原因の器材は安全器材でしたか？
（1つだけチェック）

1 ☐ はい

(安全器材名)

2 ☐ いいえ

(上記設問で「はい」とお答えの方のみ 11-A・11-B・11-C に記載して下さい)

11-A 安全装置作動の有無—安全装置を作動させましたか？（1つだけチェック）

1 ☐ 完全に作動

2 ☐ 一部（部分的）作動

3 ☐ いいえ

4 ☐ 不明

11-B 受傷の時期（1つだけチェック）

1 ☐ 作動前

2 ☐ 作動中

3 ☐ 作動後

4 ☐ 不明

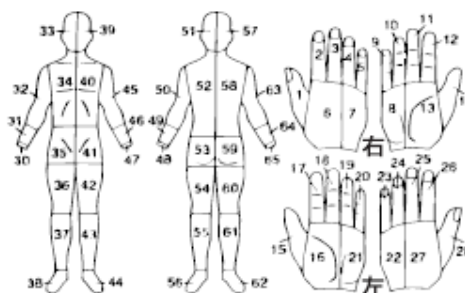
11-C 安全機能の可否 安全器材による受傷の場合、この装置・機構で受傷を防ぐことができますと考えますか？（1つだけチェック）

1 ☐ はい

2 ☐ いいえ

意見を記載してください。

12 受傷部位—針刺し・切創部位を○で囲んでください。
（3個までチェック可）
複数の受傷部位の場合、傷の深い順に○部位 1、○部位 2、△部位 3. を記載します。



13 受傷の程度 針刺し・切創の程度（1つだけチェック）

1-1 ☐ 出血なし

1-2 ☐ 表在性（少量の出血）

2 ☐ 中程度（皮膚の針刺し・切創、中等量の出血）

3 ☐ 重症（深い針刺し・切創、著しい出血）

