

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-9 : B. 皮膚・粘膜曝露発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P9-3-250501	ページ	2 / 5

西暦 年 月 日

B.皮膚・粘膜汚染事例（一般用） 発生届

安全衛生委員会委員長 殿

院内感染に関する皮膚・粘膜曝露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 _____

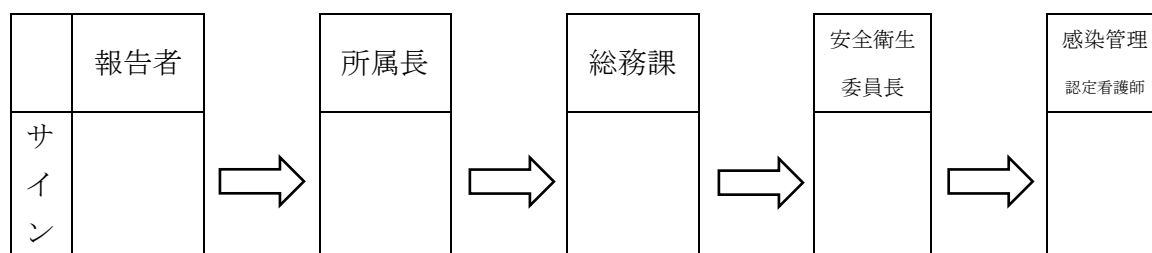
<対策指示>

- ・ 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-9 : B. 皮膚・粘膜曝露発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P9-3-250501	ページ	3 / 5

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

B : 皮膚・粘膜汚染報告書

(Version 4)

病院コード番号

院内報告番号

1 報告者

氏名

ふりがな

職員番号

カルテ番号

所属部門

1

医師部門

2

病棟部門

3

外来部門

4

中材・手術部門

5

検査部門

6

放射線部門

99

その他

(記載)

経験年数 (年)

性別 (男 ・ 女)

年齢 (歳)

2 発生日時

発生日 西暦 年

月 日

発生時間 (24 時間制)

時 分 秒

3 職種 (1つだけチェック)

1 医師 (常勤・非常勤を含む) →

2 レジデント・研修医 →

3 医学生

4 看護師

5 准看護師

14 助産師

15 保健師

6 看護助手

7 看護学生

8 臨床検査技師

9 放射線技師

10 歯科医師

11 歯科衛生士

12 業務士 (清掃・洗濯・廃棄)

13 薬剤師

99 その他

(記載)

1 内科

2 外科

3 麻酔科

4 整形外科

5 リハビリ科

6 形成外科

7 小児科

8 産婦人科

9 眼科

10 皮膚科

11 泌尿器科

12 耳鼻咽喉科

13 精神・神経科

14 放射線科

15 歯科・口腔外科

16 脳神経外科

17 腎透析部

18 中央臨床検査

19 救急部

20 手術部

99 その他

(記載)

4 発生場所 (1つだけチェック)

1 病室 (集中治療室を除く)

(病棟名記載)

2 病室外 (廊下、ナースステーション等)

(病棟名記載)

3 救急部門

4 集中治療室 (術後回復室を含む)

5 手術部

6 外来診察室 (処置室)

(科名記載)

7 輸血部

8 中央採血処置室

9 透析室

10 特殊検査処置室 (放射線・内視鏡・筋電図等の検査室)

11 中央検査部

12 病理解剖

13 中央材料室

14 分娩室

15 在宅

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 ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査
検査結果 HCV ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査
HBs 抗原 ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査
HBe 抗原 ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査
梅毒 ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査
ATLA (HTLV-I) ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未検査

2 いいえ

3 適切な回答なし (患者への使用前など)

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-9：B. 皮膚・粘膜曝露発生届（一般用）		
文書番号	感対-共様-マニュアル P9-3-250501	ページ	4 / 5

6 汚染した体液—皮膚・粘膜はどの体液で汚染しましたか？
(該当項目全てチェック)

- ☐ 1 血液又は血液製剤
☐ 2 吐物
☐ 3 痰
☐ 4 唾液
☐ 5 脳脊髄液
☐ 6 腹水
☐ 7 胸水
☐ 8 羊水
☐ 9 尿
☐ 99 その他

(記載)

7 汚染組織・状態 汚染したのはどこですか？
(該当項目全てチェック)

- ☐ 1 無傷な皮膚
☐ 2 傷のある皮膚（皮膚炎・擦り傷等）
☐ 3 眼
☐ 4 鼻
☐ 5 口
☐ 99 その他

(記載)

8 汚染時の状況—血液・体液はどのようにして接触しましたか？

- ☐ 1 防護していない皮膚・粘膜に触れた
☐ 2 防衣や防具のすき間の皮膚に触れた
☐ 3 防衣や防具を浸透して触れた
☐ 4 白衣などの衣類を浸透して触れた

9 汚染時の防衣・防具—汚染したときどのような防衣・防具を付けていましたか？
(使用していた防衣・防具について該当項目を全てチェック、手袋の場合はブランド名を明記)

- ☐ 1 手袋をしていなかった
☐ 2 一重の手袋（ゴム/ビニール）（ブランド名）
☐ 3 二重の手袋（ゴム/ビニール）（ブランド名）
☐ 4 ゴーグル
☐ 5 眼鏡
☐ 6 側面も保護する眼鏡
☐ 7 フェイスシールド
☐ 8 手術用マスク
☐ 9 眼保護付き手術用マスク
☐ 10 手術用ガウン
☐ 11 ガウン（プラスチック/ビニール）
☐ 12 検査・実験衣（布製）
☐ 13 検査・実験衣

(その他記載)

☐ 99 その他

(記載)

10 汚染理由—汚染はどのように起こりましたか？

- ☐ 1 患者から直接
☐ 2 検体容器から漏れて/こぼれて
☐ 3 検体容器が壊れて
☐ 4 IVチューブ/バッグ/ポンプから漏れて
☐ 5 破れた手袋/ガウン等を通して
☐ 6 栄養チューブ/その他のチューブが外れて/漏れて

(チューブ名記載)

- ☐ 7 その他の体液容器からこぼれて/漏れて（吸引ビン等）
☐ 8 汚染していた器材に触れて
☐ 9 汚染していた覆布/シーツ/ガウン等に触れて
☐ 10 不明
☐ 99 その他

(記載)

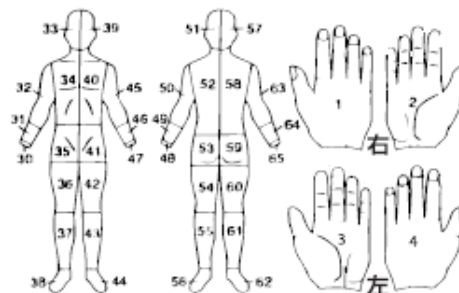
11 汚染時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- ☐ 1 5分未満
☐ 2 5～14分間
☐ 3 15分以上1時間未満
☐ 4 1時間以上

12 接触量—皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？

- ☐ 1 少量（5cc未満）
☐ 2 中等量（5～50cc）
☐ 3 大量（50cc以上）

13 汚染部位—図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください。
身体部位番号域を越えた広範囲の汚染部位の場合、汚染の著しい順に、●部位1、○部位2、△部位3を記載します。



14 HBs抗体—あなたは自身はHBs抗体陽性ですか？

- ☐ 1 はい（ワクチン接種による）
☐ 2 はい（自然陽転あるいは既往疾患などによる）
☐ 3 いいえ
☐ 4 不明

15 緊急処置時汚染—緊急処置時（蘇生時を含む）の汚染でしたか？

- ☐ 1 はい
☐ 2 いいえ

裏面へつづく
→

- (1) 具体的な発生現場（階、病棟、ナースステーション等）
- (2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか？
- (3) 汚染原因の器材
- (4) どのようにして発生したか？
- (5) 特別な事情・状況・背景等
- (6) 汚染後の処置、対応

受傷による損失経費

統計

1) 該当欄空欄に実施した検査

1) 該当調査に実施した検査 円

2) 受傷者に実施した検査 田

2) 受傷者に実施した検査 円

小計 円

■ 全球分析/國際關係

■代務採用経費 円

會計 19

抗 HIV 予防投薬など) 円

■発症後の治療費用	円
-----------	---

《治療内容》

公務・労務災害補償を申請しましたか？（1つだけチェック）

1 はい はいの場合、認定されましたか？

1	はい
---	----

はいの場合、認定されましたか？

2 いいえ

1	はい
---	----

認定年月日 年 月 日

病休日数	日
------	---

就業制限	日
------	---

2	いいえ
---	-----