

社会福祉法人 <sup>恩賜</sup> 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 P9-2-230401	ページ	1 / 5

文書改訂履歴

版数	改訂 頁	改訂内容	作成日 作成者	承認日 承認者
1	—	新規発行	2022. 6. 1	2022. 6. 1
			小美野 勝	長原 光
2	2	安全衛生員会委員長名を変更	2023. 4. 1	2023. 4. 1
			小美野 勝	長原 光

社会福祉法人 <sup>恩賜財団</sup> 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 P9-2-230401	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 \_\_\_\_\_

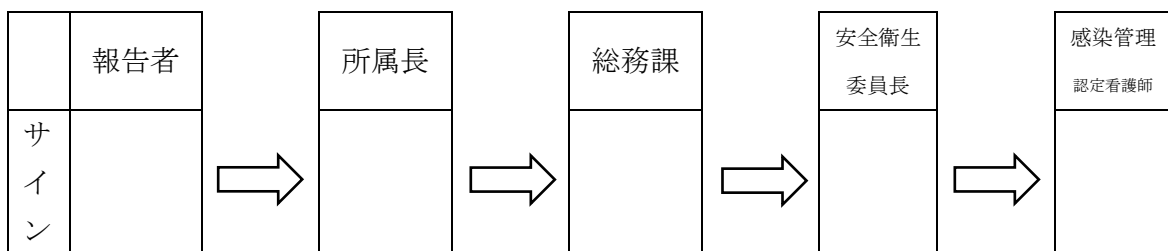
<対策指示>

- ・ 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 大津 忠弘

<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

職業感染制御研究会  
Exposure  
Prevention  
Information  
NETwork



血液・体液曝露

エピネット日本版 - Japan EPI Net

# 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  
B □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

**1 報告者**

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

**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
(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)**

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

患者の検査結果

HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
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)

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 P9-2-230401	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 涙水
- 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)

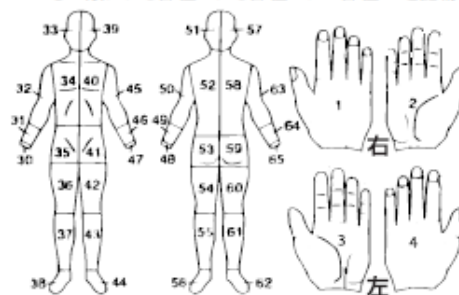
11 汚染時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 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書きつけてください。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  
→

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 P9-2-230401	ページ	5 / 5

16 汚染時の状況及び背景について、下記の(1)～(8)を含めて詳しく記載してください。

- (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

---

---

---

---

---

---

---

---

17 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたとお思いますか? (簡単に記載して下さい)

---

---

---

---

---

---

---

---

以下管理者記載	
<b>受働による損失経費</b>	総計 _____ 円
■検査費用 (HBV、HCV、HIV、肝機能など)	
1) 該当患者に実施した検査	_____ 円
2) 受働者に実施した検査	_____ 円
	小計 _____ 円
■業務中断/職場離脱	_____ 円
■代務採用経費	_____ 円
	合計 _____ 円
■感染・発症予防措置の費用 (HB 免疫グロブリン、抗 HIV 予防投薬など)	
	_____ 円
■発症後の治療費用	
(治療内容)	_____ 円
	_____
	_____
	_____
<b>公労災の申請</b>	
公務・労務災害補償を申請しましたか? (1つだけチェック)	
<input type="checkbox"/> はい	はいの場合、認定されましたか?
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	認定年月日 _____ 年 月 日
	病休日数 _____ 日
	就業制限 _____ 日
	<input type="checkbox"/> いいえ