

社会福祉法人 ^豊 賜 ^豊 済生会支部埼玉県済生会栗橋病院			
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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 9-002-210401	ページ	2 / 6

平成 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

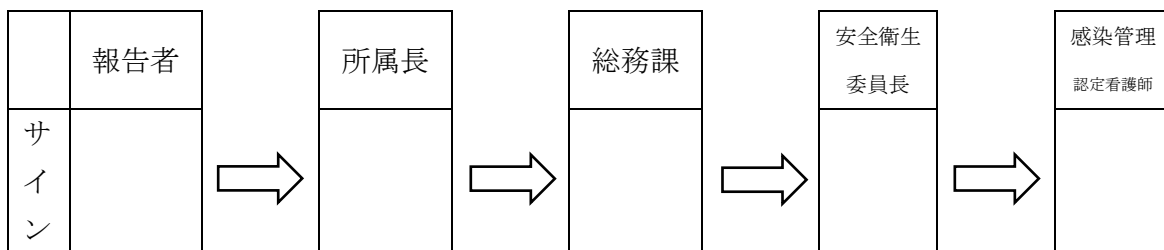
<対策指示>

- ・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 寺嶋 豊

<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、感染管理認定看護師（PHS86708）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栗橋病院

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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 9-002-210401	ページ	4 / 6

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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 9-002-210401	ページ	5 / 6

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/シート/ガウン等に触れて
- 10 不明
- 99 その他

(記載)

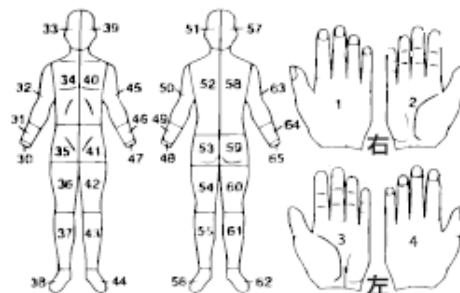
11 汚染時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 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、汚染の正しい順に、◎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-P 各種チェックリスト・ 届出用紙 9-002-210401	ページ	6 / 6

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思いますか？（簡単に記載して下さい）

以下管理者記載	
受傷による損失経費	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) 受傷者に実施した検査	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予防薬など）	円
■発症後の治療費用	円
《治療内容》	
公労災の申請	
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