血液曝露事故後問診票

所属施設名（　　）　記載者（　　）

記載日　　年　　月　　日

フリガナ	
氏名 （血液に曝露した本人）	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
性別	男　・　女　（現在の妊娠　有・無　）
当院の受診歴	あり　ID（　　）・　なし
受傷日時	年　　月　　日　　時　　分頃
受傷経緯	
既往歴	B 型肝炎の既往　（　あり・なし　）　C 型肝炎の既往　（　あり・なし　） その他の既往　（　　）
内服薬	
曝露に関する状況	①　汚染物質 血液、　その他（　　） ②　場所 粘膜、損傷のある皮膚、損傷のない皮膚 ③　器具 中空針、縫合針、その他（　　） ④　器具には、目に見えるほどの血液や体液の汚染があったか 汚染があった（曝露量：少ない・多い）、なし、不明 ⑤　受傷の程度 出血なし、少量の出血、中等度の出血、多量の出血 ⑥　防護用具の使用 手袋の着用　（　あり　・　なし　）、ゴーグルの着用　（　あり　・　なし　）
B 型肝炎ワクチン接種 抗体価測定記録	B 型肝炎ワクチン接種歴　（　あり　・　なし　・　不明　） 接種回数　（　計　　回　・　不明　）接種日時が分かれば記載（　　） 直近のＨＢｓ抗体価記録　あり（　　年　　月）　　検査値（　　）
血液曝露源の患者情報 ※わかる範囲で記載をお願いします	年齢（　　）歳　　性別　男・女 HBs 抗原（＋・－・不明）HCV 抗体　（＋・－・不明）　HIV 抗体（＋・－・不明） 既往歴（B 型肝炎・C 型肝炎・HIV）
労災申請	可能・不可能・不明
備考	

この情報は、診療上必要な情報となります。可能な限り記入をお願いいたします

2016 年 12 月成田赤十字病院院内感染対策チーム作成