別記様式第１号（第６条関係）

感染対策相談票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載または該当部分に○印を付けてください。　　　　　　**記載年月日：　　年　　月　　日** | | | | | | |
| 【相談の内容】 | 患者のこと | | 職員のこと | | 施設のこと | |
| 【相談施設の種類】例：病院，介護老人保健施設など　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 【病床数または利用者数】　　　　　　　　　　　（　　　　　）床・（　　　　　）人 | | | | | | |
| 【院内感染の疑いまたは保菌事例の有無】 | | | | あり | | なし |
| 【感染対策委員会の有無】 | | | | あり | | なし |
| 【ＩＣＴの有無】 | | | | あり | | なし |
|  | | | | | | |
| 希望する事業（該当する項目に☑） | | | | | | |
| * + 相談支援 | | * + アドバイザー派遣 | | | | |
| 【希望する回答方法】いずれかに〇印  ＦＡＸ・メール・その他（　　　　　　　） | | 希望の日程（例）「○曜日は不可」「○時～○時希望」   * 基本的には平日日中の派遣となります。（要相談） | | | | |
| 【相談内容】　＊内容を具体的に記載してください。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 【施設名称】 | | | | | | |
| 【施設所在地】 | | | | | | |
| 【記載者名】（職名） 　 　 （名前） | | | | | | |
| 【連絡先】ＴＥＬ　（　　　　　）　　　　　－  　　　　　ＦＡＸ　（　　　　　）　　　　　－  　　　　　またはe-mail | | | | | | |

【送信先】〒720-8511　福山市三吉町１－１－１（広島県東部保健所福山支所内）

　　福山・府中地域保健対策協議会　感染症対策検討委員会事務局　宛

**ＦＡＸ：０８４－９２８－７８８２**　　　ＴＥＬ：０８４－９２１－１４１３

組織メール：fjefhoken@pref.hiroshima.lg.jp

**！**　 **通常時の相談専用です。施設内での集団感染発生時の届出・相談には使用できません。**