別紙

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。 |
| 【相談の主な対象】 | 患者 | 医療従事者 | 施設 | 組織 |
| 【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 |
|  |
| 【相談内容】　＊内容を具体的に記載してください。 |
| 【相談年月日】　 　　年　　　 月　 　　日 |
| 【希望する回答方法】いずれかに〇印　　ＦＡＸ・メール・その他（　　　　　　　）　 |
| 【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：０８４－９２１－１３１１

組織メール：fjefhoken@pref.hiroshima.lg.jp