

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☑） | |
| <input type="checkbox"/> 相談支援 | <input type="checkbox"/> アドバイザー派遣 |
| 【希望する回答方法】 いずれかに○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。