

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

一般財団法人太田総合病院
附属太田西ノ内病院

先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地
医療機関名
医師名
Tel・Fax

印

受傷者(貴院職員)

ふりがな

職員氏名

殿

性別(男・女)

電話番号

職員住所

生年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日

当院受診歴の有無

有 / 無

診断名

針刺・切創 / 血液・体液暴露

受傷部位及び受傷の状況

症状経過

この度、患者様の体液によって、当院の職員が、皮内・粘膜及び傷のある皮膚への曝露を起こしました。つきましては患者検体と職員検体についてHBV、HCV、HIV検査をお願いいたします。また、必要な予防処置をご検討いただきますようお願いいたします。

受傷者の情報:以下の口にチェック

- B型肝炎ワクチン未接種
 B型肝炎ワクチン歴1シリーズ(計3回)済み
 B型肝炎ワクチン歴2シリーズ(計6回)済み
 ワクチンによるHBs抗体陽性化あり

曝露源患者

ふりがな

氏名

殿(男・女)

生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

事故発生時間 年 月 日 時 分 頃

当院の受診歴 有 ・ 無

備考

採血・感染症検査同意書(暴露源)

このたび、当院の職員が、患者さまの血液・体液の付着した医療器具により、針刺・切創・皮膚粘膜曝露を伴う事故が発生いたしました。誠に恐縮ですが、職員の感染対策上、血液検査(ウイルス検査)にご協力をお願いいたします。

なお、検査の費用は当方で負担させていただきます。また、検査結果は後日報告させていただきます。

_____年 月 日

医療機関名 _____

説明者氏名 _____

私は、上記検査の必要性を理解し、採血・検査を受けることに同意します。

【検査項目】

- ★ H B s 抗体・抗原……B型肝炎ウイルスの検査
- ★ H C V 抗体 ……C型肝炎ウイルスの検査
- ★ HIV 抗体・抗原 ……HIV(エイズ)ウイルスの検査

*医療上の必要に応じて項目の一部を省略、または他の項目を追加する場合があります。

*検査結果についてのプライバシー保護を厳守します。

お名前 _____

(代筆の場合)お名前 _____ 続柄()