

院内感染対策チェックシート（第1号様式）

（※下記項目を確認後、該当箇所にチェックし備考欄には詳細を記載すること。）

記入年月日

連絡担当者(職種)

連絡先(TEL)

(FAX)

※感染者のうち、重症患者・転院患者・死亡事例が確認された場合は、すみやかに久留米市保健所（総務医薬課：0942-30-9725）へ連絡すること。

※データ提出先

総務医薬課メール：ho-soumu@city.kurume.lg.jp

保健所記入欄	初回報告日時	年	月	日（時刻	）					
	病 院 名									
	階・病棟									
	疑い症例									
	発生病棟数 入院	約		人						
	発生病棟数 職員	約		人						
	初回発生日時	年	月	日（時刻	）					
	発症者計 （回復者含む）	患者		人	職員		人	計	0	人
	重症者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
	院内感染 対策の強化	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
その他	※感染性胃腸炎疑いの場合は食事の状況確認（調理 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外）（業務委託 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）									

No.	項目	チェック	備考
組織体制	1 感染症発生について院内感染対策委員会を開催し、報告しているか。	<input type="checkbox"/>	開催日： 時間： <input type="checkbox"/> 病院長への報告
	2 院内感染対策委員会で当面の対策を検討し、速やかに実施しているか。	<input type="checkbox"/>	対策開始日： <input type="checkbox"/> 情報収集体制の構築
	3 委員会での決定事項等について、職員への情報伝達・周知を行ったか。	<input type="checkbox"/>	周知方法：
	4 院内感染対策チーム（ICT）を設置し、積極的介入を行っているか。	<input type="checkbox"/>	設置状況： <input type="checkbox"/> ICTの設置なし <input type="checkbox"/> 現場巡視による感染対策実施状況の確認
原因調査	1 職員の感染状況を含め、院内全体の発生状況の確認を行ったか。	<input type="checkbox"/>	
	2 発生状況（人、場所、時間）について整理し、感染源・感染経路等について検討し、分析を行ったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> サーベイランスシートの作成 <input type="checkbox"/> 図面による発症箇所の確認
	3 「感染情報レポート」を活用し確認を行ったか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 保菌者検索の要否の検討 <input type="checkbox"/> 環境調査の要否の検討
感染拡大防止	1 必要な隔離を行っているか。（疑い患者含む。）	<input type="checkbox"/>	隔離方法： <input type="checkbox"/> コホーティング <input type="checkbox"/> 個室隔離
	2 従事者の限定を行っているか。	<input type="checkbox"/>	
	3 接触者の把握を行っているか。	<input type="checkbox"/>	※インフルエンザの場合 予防投与： <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 患者）
	4 職員に対し標準予防策（防護具（手袋、ガウン、マスク等）使用）、手指衛生の強化を行っているか。	<input type="checkbox"/>	設置状況： <input type="checkbox"/> 病室入口に防護具設置有
	5 標準予防策に加え、病原体に応じた感染経路別予防策を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	
	6 職員（清掃担当者等含む）に対し、環境面の衛生管理に関する注意喚起を行っているか。	<input type="checkbox"/>	清掃委託： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 周知済
	7 清掃強化を行っているか。（トイレ、手洗い場、特に蛇口等直接触れる部分等）	<input type="checkbox"/>	
	8 当該病棟等への新規患者受入制限等の検討（又は実施）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	
	9 来院者へ注意喚起を行っているか。	<input type="checkbox"/>	方法： <input type="checkbox"/> 院内掲示 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他
	10 入院制限、面会・来院制限等について検討（又は実施）を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入院制限検討（又は実施） <input type="checkbox"/> 面会・来院制限検討（又は実施）
	11 機能訓練室（レクリエーション、リハビリ等の実施）、食堂等において人の交流又は交差を制限しているか。	<input type="checkbox"/>	
	12 職員が感染した場合、出勤・従事制限を行っているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 院内基準あり <input type="checkbox"/> 医師判断 <input type="checkbox"/> その他
	13 職員の業務復帰に際し、院内基準を設定しているか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 院内基準あり <input type="checkbox"/> 医師判断 <input type="checkbox"/> その他

■記述疫学解析

症例名

症状経過表

日付	1/0	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7	1/8	1/9	1/10	1/11	1/12
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

