

# 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)

職員住所

電話番号

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、誤って刺傷する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

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( )