

院外での針刺し・切創、血液・体液曝露事例 受診前確認書

※手続き・診察をスムーズに行うため、以下についてご確認をお願いします。

確認年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ID: \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

1. 発生状況について

【針刺し・切創の場合】

	はい	いいえ
① 受傷の原因となった器材は患者（または入所者等）に使用した物ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 上記器材は血液や体液で汚染していましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 受傷時、出血しましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 上記器材を使用した患者（または入所者等）は特定されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 使用患者（または入所者等）が特定されている場合、その方のB型肝炎、C型肝炎等の感染症検査データが確認できる物がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ※ ①～③が「いいえ」の場合、感染症を発症する可能性は低いです。
- ※ 診察時、感染症検査データが確認できる物をご持参ください。
- ※ 患者（または入所者等）の感染症検査データが確認出来ない場合、その方が当院に来院可能であれば採血を実施することができます『4. 患者（または入所者等）の採血について（当院への来院・採血を希望する場合）を参照』。ただし、その場合の費用は保険診療外となりますので、受傷したご本人もしくは勤務先の全額負担となります。

【血液・体液曝露の場合】

	はい	いいえ
① 曝露した液体は患者（または入所者等）の血液（血液が混じっている液体も含む）や体液ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 上記液体に曝露した部位は眼や口などの粘膜、傷のある皮膚ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 上記液体の原因患者（または入所者等）は特定されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 患者（または入所者等）が特定されている場合、その方のB型肝炎、C型肝炎等の感染症検査データが確認できる物がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ※ ①②が「いいえ」の場合、感染症を発症する可能性は低いです。
- ※ 診察時、感染症検査データが確認できる物をご持参ください。
- ※ 患者（または入所者等）の感染症検査データが確認出来ない場合、その方が当院に来院可能であれば採血を実施することができます『4. 患者（または入所者等）の採血について（当院への来院・採血を希望する場合）を参照』。ただし、その場合の費用は保険診療外となりますので、受傷したご本人もしくは勤務先の全額負担となります。

## 2. 診察費用について

	はい	いいえ
① 針刺し・切創、血液・体液曝露に関する診察は保険診療外となることをご了承ください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 今回の事象により受診を希望していることを、勤務先の責任者の方の了承は得られていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 保険診療外となる診察費用について、勤務先の責任者から労災（または公災）として対応することの了承は得られていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 労災（または公災）として対応しても、適応にならない場合があります。その際、診察費用は全額自己負担となる場合があることをご了承ください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 検査について

	はい	いいえ
① 受傷・曝露直後に実施する採血は、ご自身が現段階で感染症を持っていないことの確認のための検査であり、今回の受傷・曝露による感染の有無を確認するものではないことをご理解ください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 今回の受傷・曝露により感染症を発症する可能性のある期間（約3～6ヶ月後まで）、採血検査を行うことを希望しますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 上記採血検査の内容について、B型肝炎、C型肝炎、HIV（エイズ）の3疾患を希望しますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ ②が「いいえ」の場合、当院で診察することは出来かねます。

※ ③が「いいえ」の場合、HIV（エイズ）を除きB型肝炎、C型肝炎だけの検査を実施することも可能です。

## 4. 患者（または入所者等）の採血について（当院への来院・採血を希望する場合）

	はい	いいえ
① 患者（または入所者等）およびご家族に対し、今回の事象が発生した経緯と採血の必要性について説明と同意が得られていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 上記採血検査の内容に、B型肝炎、C型肝炎、HIV（エイズ）が含まれることの同意を患者（または入所者等）およびご家族から得られていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 患者（または入所者等）に実施する採血は保険診療外となること、発生した費用は受傷者ご本人または勤務先が支払われることにご了承いただけますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ ①が「いいえ」の場合、当院で採血することは出来かねます。

※ ②が「いいえ」の場合、HIV（エイズ）を除きB型肝炎、C型肝炎だけの検査を実施することも可能ですが、その旨についてきちんと説明するのは受傷者ご本人または勤務先になります。