

# 感染対策状況

## 基本情報

病院名						発生病棟			
所在地									
代表の連絡先		TEL:				FAX:			
窓口となる方の氏名・役職	リスト依頼	第一連絡先	氏名:			TEL:			
			役職:			メール:			
		第二連絡先	氏名:			TEL:			
			役職:			メール:			
	陽性患者の症状の聞き取り	第一連絡先	氏名:			TEL:			
			役職:			メール:			
		第二連絡先	氏名:			TEL:			
			役職:			メール:			
ICTの有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	メンバー	<input type="checkbox"/> ICD	<input type="checkbox"/> ICN	<input type="checkbox"/> ICPS	<input type="checkbox"/> ICMT	<input type="checkbox"/> その他
呼吸器の先生の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	酸素設備		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
コロナ治療薬の使用		<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> ゼビュディ		<input type="checkbox"/> ラゲブリオ		<input type="checkbox"/> パキロビッドパック		
検査について		自院での検査	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	自院で可能な検査方法		<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> 抗原定量	<input type="checkbox"/> 抗原定性
		検査委託先	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合の委託先 ( )				
PPE在庫状況		N-95	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> 発注中	<input type="checkbox"/> 有	ガウン	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> 発注中	<input type="checkbox"/> 有
		手袋	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> 発注中	<input type="checkbox"/> 有	キャップ	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> 発注中	<input type="checkbox"/> 有

## 発生病棟概要

同部署 人数	スタッフ	人				入院患者	人		
勤務時間帯ごとの人数	日勤	人				夜勤	人		
病床数など	病棟定員	人							
	部屋数	部屋			空き部屋	部屋			
入院患者の環境	PPE着用状況 <small>※有の場合は☑を入れる</small>	発生前	吸引	口腔ケア	排泄ケア	入浴介助	体位交換	リハビリ	
		マスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		手袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ガウン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		フェイスシールド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ゴーグル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		前後の手指消毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		PPE交換のタイミング							
		発生後	吸引	口腔ケア	排泄ケア	入浴介助	体位交換	リハビリ	
		マスク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		手袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		ガウン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		フェイスシールド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		ゴーグル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
前後の手指消毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
PPE交換のタイミング									

入院患者の環境	患者のマスク着用状況		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( )			
	各病室のトイレ設置状況		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( )			
	病室の換気状況		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	頻度:			
	病室の消毒・清掃		タイミング: 消毒箇所:					
職員の業務環境	昼食時の状況	パーテーション	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	対面の席	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
		換気	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	頻度:			
		消毒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	頻度:			
	夜勤での食事状況	食事場所:				食事前後の消毒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	休憩室・仮眠室の利用	寝具の共用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	リネン交換頻度:			
		仮眠時のマスク	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	最大使用人数: 人			
		換気	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	頻度:			
	ロッカー	使用状況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	他部署との共用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	職員の健康管理		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	方法	<input type="checkbox"/> 自己申告制	<input type="checkbox"/> 提出制	
	濃厚接触者に該当する職員の出勤		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合	<input type="checkbox"/> 出勤前 検査実施	<input type="checkbox"/> 4,5日目 の検査実施	
他病棟との関わり	他病棟スタッフとの交流		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( )			
	他病棟での勤務の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( )			
陽性者発生 前後での 対応の変化	リハビリ室でのリハビリ	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	ベッドサイドでのリハビリ	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	患者の食堂での食事	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	対面での面会	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	他院受診	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	外泊	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	対応者の固定	発生前	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発生後	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

その他(質問などありましたらご記入ください。)

熊本市新型コロナウイルス感染症対策課

FAX:096-364-3361

電話:096-364-3314

e-mail:coronachousa@city.kumamoto.lg.jp

担当:調査班 医療チーム