【千葉県立佐原病院】 感染症対応に関わる派遣依頼

依頼に関すること

依頼項目 (☑ する)	☐ クラスター等の対応　☐ クラスターの振り返り　☐ 実地指導 ☐ 感染対策に関わる相談 ☐ その他(　　)
依頼内容 ＊発生事案の概要	早急な対応 → ☐ 希望する

クラスター対応の場合

発生状況	感染者数	患者or利用者　　人　　職員　　人		
	拡大の状況	1フロア(病棟)のみ ・ 複数のフロア（病棟）		
発生報告 等	管轄	保健所	報告	☐ 済　☐ 未
	感染管理に関わる連携施設がある場合は、下記に記載			

派遣の日程等

希望日時	第1希望	年　月　日（　）　：　～　：
	第2希望	年　月　日（　）　：　～　：
	第3希望	年　月　日（　）　：　～　：
その他 (ご意見、要望 等)		

依頼元の情報

依頼者	担当者			
	依頼機関名			
	依頼日			
連絡先	電話		FAX	
	Eメール			

千葉県立佐原病院 地域医療連携室 FAX　0478-54-5281

連絡事項

○ 対応時や対応終了後に、当院から管轄の保健所に連絡を行う場合がございます。ご了承ください。
○ 担当する感染管理認定看護師より、事前に調整のためのご連絡をいたします。
○ 派遣に関わる費用（交通費）等については、一切のお心遣いは不要です。
○ 日程や内容の調整後、別途、派遣依頼文（記載見本あり）の作成をお願いします。