



## B:皮膚・粘膜曝露報告書

(Japan EPINet version 5.0)

病院コード番号

--	--	--	--	--	--

院内報告番号

B					
---	--	--	--	--	--

## 1 報告者

■氏名	■所属部門	■経験年数( 年)
■ふりがな	1□ 医師部門	■性別 (男・女)
■職員番号	5□ 検査部門	■年齢 ( 歳)
■カルテ番号	2□ 病棟部門	
	3□ 外来部門	
	4□ 中材・手術部門	
	6□ 放射線部門	
	99□ その他	
	(記載)	

## 2 発生日時

発生日 西暦 年 月 日

発生時間(24 時間制) 時 分

## 3 職種(1つだけチェック)

1 □ 医師(常勤・非常勤を含む) →	1 □ 内科
2 □ レジデント・研修医 →→→→	2 □ 外科
3 □ 医学生	3 □ 麻酔科
4 □ 看護師	4 □ 整形外科
5 □ 准看護師	5 □ リハビリ科
14□ 助産師	6 □ 形成外科
6 □ 看護助手	7 □ 小児科
7 □ 看護学生	8 □ 産婦人科
8 □ 臨床検査技師	9 □ 眼科
9 □ 放射線技師	10 □ 皮膚科
10□ 歯科医師	11 □ 泌尿器科
11□ 歯科衛生士	12 □ 耳鼻咽喉科
12□ 清掃・洗濯・廃棄等の医療関連	13 □ 精神・神経科
サービス(委託業者含む)	14 □ 放射線科
□ 清掃業務担当者(委託業者含む)	15 □ 歯科・口腔外科
□ 洗浄・滅菌業務担当者(委託業者含む)	16 □ 脳神経外科
□ 洗濯業務担当者(委託業者含む)	17 □ 腎透析部
□ その他(記載)	18 □ 中央臨床検査
13□ 薬剤師	19 □ 救急部
16□ 臨床工学技士	20 □ 手術部
99□ その他(記載)	99 □ その他
	(記載)

## 4 発生場所(1つだけチェック)

1 □ 病室(集中治療室を除く)

(病棟名記載)

2 □ 病棟病室外

□ 廊下

□ ナースステーション

□ 処置室

□ その他(記載)

(病棟名記載)

3 □ 救急部門

4 □ 集中治療室(術後回復室を含む)

5 □ 手術部

6 □ 外来診察室(処置室)(診察科記載)

7 □ 輸血部

8 □ 採血室

9 □ 透析室

10□ 特殊検査室(放射線・内視鏡・CT・心カテ・筋電図等の検査室)

11□ 臨床検査部

12□ 病理部

□ 病理検査室

□ 病理解剖室

13□ 中央材料室

14□ 分娩室

16□ 薬剤部

17□ 化学療法センター

15□ 在宅

99□ その他(記載)

## 5 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか？

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル)

(患者カルテ番号)

入院・外来

□1.入院

□2.救急外来

□3.外来(救急を除く)

□4.不明

患者検査結果

HIV 抗体

□陽性

□陰性

□未検査

(曝露時に未検査

HCV 抗体

□陽性

□陰性

□未検査

でも、後に確認さ

HBs 抗原

□陽性

□陰性

□未検査

れた場合は訂正

HBe 抗原

□陽性

□陰性

□未検査

入力して下さい)

梅毒

□陽性

□陰性

□未検査

□STS 法

□TPHA 法

ATLA(HTLV-1 抗体)□陽性

□陰性

□未検査

その他(記載)

2 □ いいえ

3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

## 6 曝露した体液・皮膚・粘膜はどの体液で曝露しましたか？(該当項目全てにチェック)

1 □ 血液又は血液製剤

2 □ 吐物/胃内容物

3 □ 痰

4 □ 唾液

5 □ 脳脊髄液

6 □ 腹水

7 □ 胸水

8 □ 羊水

9 □ 尿

10□ 不明

99□その他(記載)

**7 曝露組織・状態-曝露したのはどこですか？(該当項目全てチェック)**

- 1 ☐ 損傷のない皮膚  
 2 ☐ 損傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等)  
 3 ☐ 眼(眼粘膜)  
 4 ☐ 鼻(粘膜)  
 5 ☐ 口(粘膜)  
 99 ☐ その他(記載) \_\_\_\_\_

**8 曝露時の状況-血液・体液はどのように皮膚・粘膜に露しましたか？**

- 1 ☐ 防護していない皮膚・粘膜に触れた  
 2 ☐ 防護衣や防護具のすき間の皮膚・粘膜に触れた  
 3 ☐ 防護衣や防護具を浸透して触れた  
 4 ☐ 白衣などの衣類を浸透して触れた

**9 曝露時の防衣・防具-曝露したときどのような防護衣・防護具を付けていましたか？(該当項目全てチェック)**

- 1 ☐ 手袋をしていなかった  
 2 ☐ 一重の手袋(ゴム/ビニール) (ブランド名) \_\_\_\_\_  
 3 ☐ 二重の手袋(ゴム/ビニール) (ブランド名) \_\_\_\_\_  
 4 ☐ ゴーグル  
 5 ☐ 眼鏡(防護具ではないタイプ)  
 6 ☐ 側面も保護する眼鏡  
 7 ☐ フェイスシールド  
 8 ☐ 手術用マスク  
 9 ☐ 眼保護付き手術用マスク  
 10 ☐ 手術用ガウン  
 11 ☐ ガウン(プラスチック/ビニール)  
 12 ☐ 検査・実験衣(布製)  
 13 ☐ 検査・実験衣  
 99 ☐ その他(記載) \_\_\_\_\_

**10 曝露理由-曝露はどのようにして起こりましたか？**

- 1 ☐ 患者から直接  
 2 ☐ 検体容器から漏れて／こぼれて  
 3 ☐ 検体容器が壊れて  
 4 ☐ チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)バッグ／ポンプから漏れて  
 5 ☐ 破れた手袋/ガウン等をとおして  
 6 ☐ 気管／鼻腔栄養・その他のチューブ外れて、漏れて (チューブ名記載) \_\_\_\_\_  
 7 ☐ その他の体液容器からこぼれて/漏れて(吸引ピン等)  
 8 ☐ 血液体液に接触していた器材に触れて  
 9 ☐ 血液体液に接触していた覆布／シーツ／ガウン等に触れて  
 10 ☐ その他、装置の誤作動や誤操作  
 99 ☐ その他(記載) \_\_\_\_\_

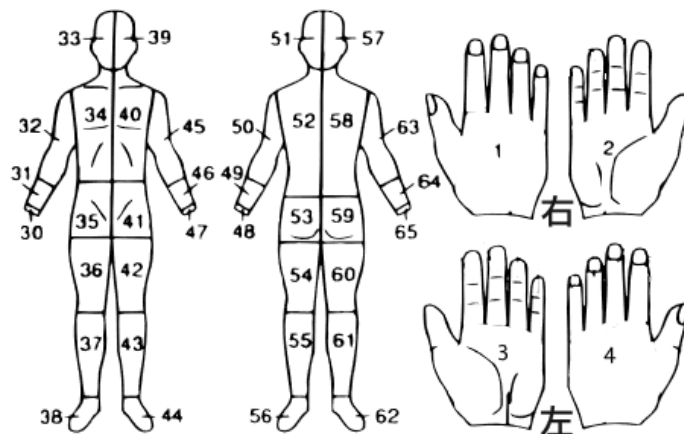
**11 曝露時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？**

- 1 ☐ 5分未満  
 2 ☐ 5～14分間  
 3 ☐ 15分以上1時間未満  
 4 ☐ 1時間以上

**12 曝露量—皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？**

- 1 ☐ 少量(5cc未満)  
 2 ☐ 中等量(5～50cc)  
 3 ☐ 大量(50cc以上)

**13 曝露部位-図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください 身体部位番号を越えた広範囲の曝露の場合、曝露の著しい順に、◎部位1、○部位2、△部位3を記載します**



**14 HBs抗体-あなたはHBs抗体陽性(10mIU/mL以上)でしたか？(1つだけチェック)**

※曝露時に未確認でも後に確認された場合は訂正入力して下さい

- 1 ☐ はい(ワクチン接種により10mIU/mL以上になったことがある)  
 2 ☐ はい(自然陽転あるいは既往疾患などにより10mIU/mL以上になったことがある)  
 3 ☐ いいえ  
 4 ☐ 不明

**15 緊急処置時(蘇生時を含む)の曝露でしたか？**

- 1 ☐ はい 2 ☐ いいえ

**16 曝露時の状況及び背景について、下記の(1)～(6)を含めて詳しく記載してください。**

- (1) 具体的な発生現場(階、病棟、ナースステーション等)  
 (2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか？  
 (3) 曝露原因の器材  
 (4) どのようにして発生したか？  
 (5) 特別な事情・状況・背景等  
 (6) 曝露後の処置、対応

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

