地基山形様式第１２号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故発生年月日・時刻 | | | | 年　　　月　　　日（　　）　　　時　　分ころ | | | | | | |
| 事  故  者 | 氏　　　名 | | 男・女 | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 職　　　種 | |  | | | | | 勤務場所 |  | |
| 既　往　症  HBs抗原･抗体､HCV抗体 | |  | | | | | | | |
| 感  染  源 | 患者生年月日 | | 年　　月　　日　　　歳 | | | | | 感染材料 |  | |
| HBs抗原･抗体､HCV抗体 | |  | | | | | 感　　染  経　　路 | その他（　　　　　　　） | |
| 感  染  事  故  状  況 |  | | | | | | | | | |
| 検  査  結  果 | 事  故  者 | 採血月日  (　.　.　)  検査月日  (　.　.　) | ＨＢｓ抗原 | |  | | Ｇ　Ｏ　Ｔ | |  |  |
| ＨＢｓ抗体 | |  | | Ｇ　Ｐ　Ｔ | |  |  |
| ＨＣＶ抗体 | |  | | Ａ　Ｌ　Ｐ | |  |  |
|  | |  | | Ｌ　Ｄ　Ｈ | |  |  |
| 感  染  材  料 | 採血月日  (　.　.　)  検査月日  (　.　.　) | ＨＢｓ抗原 | |  | | Ｇ　Ｏ　Ｔ | |  |  |
| ＨＢｓ抗体 | |  | | Ｇ　Ｐ　Ｔ | |  |  |
| ＨＣＶ抗体 | |  | | Ａ　Ｌ　Ｐ | |  |  |
|  | |  | | Ｌ　Ｄ　Ｈ | |  |  |
| 抗ＨＢｓグロブリン  投与（ 有 ・ 無 ） | | | 投与年月日、時刻 | | | 年　　　月　　　日　　　　　時　　分 | | | | |
|  | | |  | | | | |

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　 所属長証明