必要事項を御記入の上、メールにてご送付ください。

感染対策・抗菌薬適正使用相談票

相談日(西暦)　　　　年　　　月　　　日

記載および該当部分に✓印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 相談者 | 氏名： | 職種： |
| 連絡先 | TEL： | E-mail： |

|  |
| --- |
| 【相談項目】[ ] 感染対策　 　　[ ] 抗菌薬適正使用　　[ ] その他 ※以下(　)にご記入をお願いします。　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【詳細】枠内に収まらない場合は、別紙（様式任意）に記載願います。 |

|  |
| --- |
| 【回答】※東千葉メディカルセンター記入欄 |
| 回 答 日： 20　　年　　月　　日 | 回答者： | 職種： |
| 回答方法：　[ ] 電話　 [ ] メール 　[ ] FAX　 [ ] 訪問　 [ ] 対面・口頭　 [ ] その他（　　 　　　） |

※他施設との情報共有のため、感染対策向上加算に係る連携カンファレンス等において、相談事例を紹介させていただく場合があります。その際は、再度ご連絡させていただきますので、ご理解ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。