

施設等感染制御報告書

大阪市保健所長

令和 年 月 日

職 種	氏 名

令和 年 月 日 付け、通知を受けた派遣について、次のとおり感染制御活動を行いましたので報告します。

記

活 動 日 : 令和 年 月 日

施 設 等 名 称	
施 設 等 責 任 者 氏 名	

感染制御活動の内容

概 況

--

指導事項等

<input type="checkbox"/> 手袋・マスク・ガウン等の个人防护具を適切に配備すること <input type="checkbox"/> 手指衛生を適切に行なうこと <input type="checkbox"/> 医療器材等を整理整頓すること <input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄、消毒等は適切に行うこと <input type="checkbox"/> 院内で情報を共有し、今後の対策を検討すること 【その他の指導事項】
--

保健所からの指示

--

保健所指示の対応

--