

IRS : 初期アセスメントシート 記入者 : _____ 記入日 : _____ 年 月 日

受 理 日	西暦 年 月 日 時
受理方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()
依頼機関	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 学校(幼稚園等, 小・中・高校, 大学等) 具体名 :
依頼者	名前 : _____ 職種 : _____
当該医療機関	都道府県 : _____ 具体名 : _____ 管轄保健所名 : _____ 病棟 : _____ 診療科 : _____ 感染管理加算 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 加算 1 <input type="checkbox"/> 加算 2 ICD : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ICN : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
病原体/診断名	病原体 : _____ 感染症診断名 : _____
症状	() ※病原体不明な場合
初発患者の発症日	西暦 年 月 日 病棟 : _____ 診療科 : _____
感染者数	() 人 耐性菌関連の場合⇒ <input type="checkbox"/> 発症者数 () 人 <input type="checkbox"/> 保菌者数 () 人
死亡者数	<input type="checkbox"/> あり () 人 <input type="checkbox"/> なし
重症度	入院 : <input type="checkbox"/> あり () 人 <input type="checkbox"/> なし ICU : <input type="checkbox"/> あり () 人 <input type="checkbox"/> なし 他院へ搬送 : <input type="checkbox"/> あり(病院へ搬送) () 人 <input type="checkbox"/> なし 合併症 : <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
その他	(発症者の状況等)
現時点の対策	現時点で自施設対策が <input type="checkbox"/> とられている <input type="checkbox"/> とられていない (とられている対策 : _____) 管轄の保健所に相談 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 他の医療機関 <input type="checkbox"/> 相談している (病院) <input type="checkbox"/> していない
感染拡大	<input type="checkbox"/> 継続している <input type="checkbox"/> 終息している
アセスメント	原因 : <input type="checkbox"/> 分かっている <input type="checkbox"/> 不明 Usually: <input type="checkbox"/> Usual <input type="checkbox"/> Unusual 広がりやすさ : <input type="checkbox"/> 広がりやすい <input type="checkbox"/> 広がりにくい Capacity: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 十分でない 公衆衛生インパクト : <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 大 その他 ()
緊急性	<input type="checkbox"/> 緊急性が高い <input type="checkbox"/> 緊急性は高くないが、早期の対応が必要 <input type="checkbox"/> 緊急性は低い
対応	