**必要事項を御記入の上、FAXにてご送付ください**

**抗菌薬適正使用・感染管理相談用紙**【相談日】（西暦） 年 月 日

【依頼者】

|  |  |
| --- | --- |
| ご施設名 |  |
| ご相談者(氏名) |  |
| 職種 |  |
| ご連絡 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

【相談内容】主な区分項目にチェックをお願いします

|  |
| --- |
| 【抗菌薬適正使用】[ ] 抗菌薬の選択・投与量・投与方法　[ ] 副作用　[ ] TDM　[ ] 検査　[ ] その他（　　） |
| 【感染管理】[ ] 感染症発生　[ ] 感染防止技術　[ ] ファシリティマネジメント　[ ] サーベイランス　[ ] 感染管理教育　 |
| その他 |
| 【相談内容の詳細について】記載をお願いします |

【回答】

|  |
| --- |
|  |

【受理】

|  |  |
| --- | --- |
| 回答日 |  |
| 回答/相談方法 | [ ] 対面・口頭　[ ] 電話　[ ] 文章（FAX/メール）　[ ] 訪問　[ ] その他 |
| 返答者・職種 |  |
| 担当者・職種 |  |

【備考】

|  |
| --- |
| 他施設との情報共有のため、感染対策向上地域連携会議等において、相談事例を紹介させて頂く可能性があります。その際は、再度ご連絡させていただきますのでご協力の程よろしくお願いいたします。 |