



# A:針刺し・切創報告書

(Japan EPINet version 5.0)

病院コード番号

□□□□□□

院内報告番号

A□□□□□

## 1 報告者

■氏名	■所属部門	■経験年数( 年)
■ふりがな	1□ 医師部門	■性別 (男・女)
■職員番号	2□ 病棟部門	■年齢 ( 歳)
■カルテ番号	3□ 外来部門	
	4□ 中材・手術部門	
	5□ 検査部門	
	6□ 放射線部門	
	99□ その他	
	(記載)	

## 2 発生日時

発生日 西暦 年 月 日  
 発生時間(24 時間制) 時 分

## 3 職種(1つだけチェック)

1 □ 医師(常勤・非常勤を含む) →	1 □ 内科
2 □ レジデント・研修医 →→→→	2 □ 外科
3 □ 医学生	3 □ 麻酔科
4 □ 看護師	4 □ 整形外科
5 □ 准看護師	5 □ リハビリ科
14□ 助産師	6 □ 形成外科
6 □ 看護助手	7 □ 小児科
7 □ 看護学生	8 □ 産婦人科
8 □ 臨床検査技師	9 □ 眼科
9 □ 放射線技師	10 □ 皮膚科
10□ 歯科医師	11 □ 泌尿器科
11□ 歯科衛生士	12 □ 耳鼻咽喉科
12□ 清掃・洗濯・廃棄等の医療関連	13 □ 精神・神経科
サービス(委託業者含む)	14 □ 放射線科
□ 清掃業務担当者(委託業者含む)	15 □ 歯科・口腔外科
□ 洗浄・滅菌業務担当者(委託業者含む)	16 □ 脳神経外科
□ 洗濯業務担当者(委託業者含む)	17 □ 腎透析部
□ その他(記載)	18 □ 中央臨床検査
13□ 薬剤師	19 □ 救急部
16□ 臨床工学技士	20 □ 手術部
99□ その他(記載)	99 □ その他
	(記載)

## 4 発生場所(1つだけチェック)

1 □ 病室(集中治療室を除く)  
 (病棟名記載) \_\_\_\_\_

2 □ 病棟病室外  
 □ 廊下  
 □ ナースステーション  
 □ 処置室  
 □ その他(記載) \_\_\_\_\_  
 (病棟名記載) \_\_\_\_\_

3 □ 救急部門

4 □ 集中治療部(術後回復室を含む)

5 □ 手術部

6 □ 外来診察室(処置室)(診察科記載) \_\_\_\_\_

7 □ 輸血部

8 □ 採血室

9 □ 透析室

10□ 特殊検査室(放射線・内視鏡・CT・心カテ・筋電図等の検査室)

11□ 臨床検査部

12□ 病理部  
 □ 病理検査室 □ 病理解剖室

13□ 中央材料室

14□ 分娩室

16□ 薬剤部

17□ 化学療法センター

15□ 在宅

99□ その他(記載)

## 5 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか?

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル) \_\_\_\_\_

(患者カルテ番号) \_\_\_\_\_

入院・外来 □1.入院 □2.救急外来  
 □3.外来(救急を除く) □4.不明

患者検査結果 HIV 抗体 □陽性 □陰性 □未検査  
 (曝露時に未検査 HCV 抗体 □陽性 □陰性 □未検査  
 でも、後に確認さ HBs 抗原 □陽性 □陰性 □未検査  
 れた場合は訂正 HBe 抗原 □陽性 □陰性 □未検査  
 入力して下さい) 梅毒 □陽性 □陰性 □未検査  
 □STS 法 □TPHA 法 □不明  
 ATLA(HTLV-1 抗体)□陽性 □陰性 □未検査  
 その他(記載) \_\_\_\_\_

2 □ いいえ  
 3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

## 6 器材の選択・使用者-あなた自身がこの原因器材を選択して患者に使用したのですか?(1つだけチェック)

1□ はい 2□ いいえ  
 3□ 適切な回答なし(記載) \_\_\_\_\_

## 6-A 器材の所持者-受傷した時、原因器材は誰が持っていましたか?(1つだけチェック)

1□ 他の人が持っていた  
 2□ 受傷した本人が持っていた  
 3□ 誰も持っていなかった

## 7 器材への付着-器材は血液体液などが付着したり接触したりしていましたか?(1つだけチェック)

1 □ 見える程度の血液などが付いていた  
 2 □ 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった(付着の程度が確認できなかった場合を含む)  
 3 □ 血液などに接触しておらず付着も確認できなかった  
 4 □ 血液などが付着していたかどうか不明

**8 使用目的(処置・手技)-どのような処置や手技で原因器材は使用されていましたか？(1つだけチェック)**

- 1  不明
- 16  薬剤準備・輸液準備(ミキシングなど)
- 2  注射器を用いた経皮的な注射(静・筋・皮下・皮内等)
- 3  ヘパリン生食等でフラッシュ洗浄(注射器を用いて)
- 4  静脈ラインのインジェクションサイト(ゴム管・ゴム栓)への側注又は採血
- 5  静脈ラインの接続・増設
- 6  末梢血管確保(動脈を除く、静注、一時・持続点滴を含む)
- 15  動脈/中心静脈ラインの確保
- 7  静脈採血
  - 直接穿刺  ルートからの採血
- 8  動脈採血(血液ガス)
  - 直接穿刺  ルートからの採血
- 9  体液・組織採取(試験穿刺、生検、ルンバール等)
- 10  耳介・指・足底等の穿刺
- 11  縫合
- 12  外科的に切る操作(電気メス以外)
- 13  電気メスによる切開
- 14  剃毛・除毛
- 17  病理検体切り出し
- 18  歯科関連(記載)
- 99  その他(原因器材ではなく処置や手技等の使用目的を記載して下さい)(記載)

**9 事例発生状況-どのような状況で針刺し・切創が生じましたか？(1つだけチェック)**

- 1  器材を患者に使用する前(既に壊れていた、器材の組立、静脈ラインの組立等)
- 2  器材を患者に使用中(患者の動作による受傷、翼状針・点滴針等の抜針・止血時を含む)
- 14  患者の抑制介助時
- 3  数段階の処置を実施する時に、その処置操作の合間(数回の注射の合間や薬剤の追加器材の受け渡し時等)
- 4  器材の分解時(針を外す時を含む)
- 5  再生可能な器材の再使用のための操作中(分解、洗浄、消毒、滅菌等)
- 6-1  リキャップ時(血液ガス検体にゴム栓などを刺す時等を含む)
- 6-2  安全器材の安全機構を作動させて針先などの鋭利部分をカバーする時
- 7  ゴム管・ゴム栓(インジェクションサイト、試験管チューブ)への注入及び抜針時(血液等の検体の分注処理を含む)
- 15  使用済み器材が床・テーブル・ベット等の上に放置されていた
- 8  その他の、使用後から廃棄するまでの間(不適切な搬送容器や、リネンなどに紛れ込んでいた)
- 9  廃棄ボックスの上やその近くに放置してあった器材で
- 10  廃棄ボックスに器材を入れる時
- 11  廃棄後に廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器材で
- 12  廃棄ボックスの投入口以外の部位から突き出していた器材で
- 13  廃棄後ゴミ袋や不適当な容器から突き出していた器材で
- 99  その他(記載)

**10 原因器材の種類は？(1つだけチェック)**

■器材項目

1~29: 針(中空針)

30~59: 手術器材及びその他の鋭利物(44 患者の爪・歯含む)

60~79: ガラス製器材

※1~29の針(中空針)の場合、ゲージ数をお答えください

原因器材のゲージ数

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インスリン用    | <input type="checkbox"/> ツベルクリン用 |
| <input type="checkbox"/> 24/25 ゲージ | <input type="checkbox"/> 23 ゲージ  |
| <input type="checkbox"/> 22 ゲージ    | <input type="checkbox"/> 21 ゲージ  |
| <input type="checkbox"/> 20 ゲージ    | <input type="checkbox"/> 19 ゲージ  |
| <input type="checkbox"/> 18 ゲージ    | <input type="checkbox"/> その他(記載) |

- 1  使い捨て注射器の針
- 2  最初から薬剤が充填されている注射器の針(ペン型インスリン注入器用注射針等)
- 3  血液ガス専用の注射器の針
- 4  その他、あるいは種類のわからない注射器の針(ガラス製注射器の針を含む)
- 5  点滴ライン接続・増設等に用いる針
- 6  翼状針(真空採血セット・点滴セットと接続された翼状針を含む)
- 8  真空採血セットの針(注:真空採血セットに接続した翼状針による受傷は“6”で回答)
- 7  末梢静脈留置カテーテルの針
- 9  ルンバール針又は硬膜外針
- 10  何にも接続されていない注射針
- 11  動脈カテーテル誘導針
- 12  中心静脈カテーテル誘導針
- 13  鼓膜カテーテル針
- 14  その他の血液用カテーテル(心臓カテーテル等)
- 15  その他の非血液用カテーテル(眼科用等)
- 28  分類不能な針
- 29  その他の中空針(記載)
- 30  ランセット(耳介・指・足底からの穿刺採血用)
- 31  縫合針(記載)
- 32  再生使用する外科用メス(替え刃を含む)(ディスプレイの外科用メスは45)
- 33  剃刀、刃
- 34  プラスチック製ピペット
- 35  はさみ
- 36  電気メス
- 37  骨切りメス
- 38  骨片
- 39  布鉗子
- 40  マイクロトームの刃
- 41  トロッカー(套管針)
- 42  プラスチック製の吸引チューブ
- 43  プラスチック製の検体容器・試験管
- 44  指の爪、歯(患者に咬まれた、引っ掻かれた等)
- 45  ディスポーザブル外科用メス
- 46  レトラクター、スキンフック、ボーンフック
- 47  ステابل/金属縫合糸
- 48  ワイヤ
- 49  ピン

- 50□ ドリルビット
- 51□ 摂子、鉗子类
- 58□ 種類のわからない鋭利器材
- 59□ その他(記載)

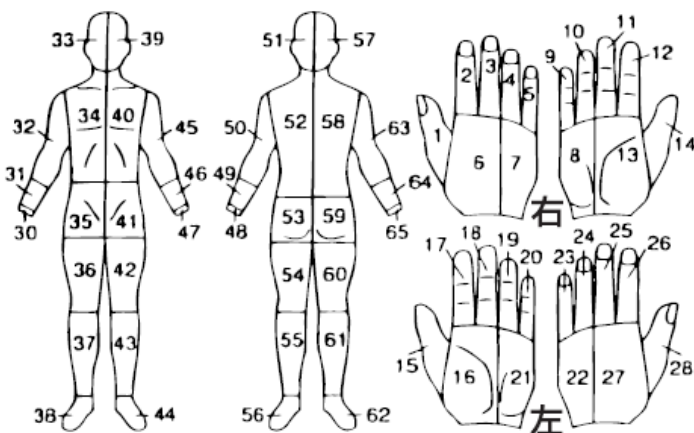
- 60□ 薬剤アンプル
- 61□ 薬剤バイアル
- 62□ 点滴液瓶あるいは大きな薬液瓶
- 63□ ガラス製ピペット
- 64□ ガラス製の真空採血管
- 65□ 試験管・検体容器
- 66□ ガラスの毛細管
- 67□ ガラススライド
- 78□ 種類のわからないガラス製品
- 79□ その他のガラス製品(記載)

### 11 受傷原因の器材は安全機構付き器材でしたか？

注)安全器材とは針刺し損傷防止機構が一体化された器材であり、リキャップ器具や針の取り外し器具(リムーバーなど)は安全器材には該当しません

- 1 □ はい  
(安全器材名) \_\_\_\_\_  
11-A 安全機構作動の有無-安全機構を作動させましたか？  
(1つだけチェック)
  - 1 □ 完全に作動
  - 2 □ 一部(部分的)作動
  - 3 □ いいえ
  - 4 □ 不明11-B 受傷の時期(1つだけチェック)
  - 1 □ 安全機構の作動前
  - 2 □ 安全機構の作動中
  - 3 □ 安全機構の作動後
  - 4 □ 不明2 □ いいえ  
11-C 安全機構の有効性  
安全器材を使用していたら受傷を防ぐことができたとお思いますか？(1つだけチェック)
  - 1 □ はい
  - 2 □ いいえ(意見記載) \_\_\_\_\_

### 12 受傷部位-針刺し・切創部位を○で囲んでください。複数の受傷部位の場合、傷の深い順に◎部位1、○部位2、△部位3を記載します(3個までチェック可)



### 13 受傷の程度

- 1-1 □ 出血なし
- 1-2 □ 表在性(少量の出血)
- 2 □ 中程度(皮膚の針刺し・切創、中等量の出血)
- 3 □ 重症(深い針刺し・切創、著しい出血)

### 14 手袋の着用-一手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか？

- 1 □ 一重の手袋
- 2 □ 二重の手袋
- 3 □ 手袋の着用なし

### 15 HBs 抗体-あなたはHBs 抗体陽性(10mIU/mL 以上)でしたか？(1つだけチェック)

※曝露時に未確認でも後に確認された場合は訂正入力して下さい

- 1 □ はい(ワクチン接種により 10mIU/mL 以上になったことがある)
- 2 □ はい(自然陽転あるいは既往疾患などにより 10mIU/mL 以上になったことがある)
- 3 □ いいえ
- 4 □ 不明

### 16 緊急処置時(蘇生時を含む)の受傷でしたか？

- 1 □ はい 2 □ いいえ

### 17 針刺し・切創発生時の状況及び背景について、下記の(1)～(6)を含めて詳しく記載してください。

- (1) 具体的な発生現場(階、病棟、ナースステーション等)
- (2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか？
- (3) 受傷原因の器材
- (4) どのようにして発生したか？
- (5) 特別な事情・状況・背景等
- (6) 受傷後の処置、対応

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 18 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができましたか？

---

---

---

---

---

以下管理者記載

受傷による損失経費 総計 \_\_\_\_\_ 円

■検査費用(HBV、HCV、HIV、肝機能など)

1) 該当患者に実施した検査 \_\_\_\_\_ 円

2) 受傷者に実施した検査 \_\_\_\_\_ 円

小計 \_\_\_\_\_ 円

■業務中断/職場離脱 \_\_\_\_\_ 円

■代務採用経費 \_\_\_\_\_ 円

合計 \_\_\_\_\_ 円

■感染・発症予防措置の費用(HB 免疫グロブリン、抗 HIV 予防投薬など) \_\_\_\_\_ 円

■発症後の治療費用 \_\_\_\_\_ 円  
(治療内容)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

公労災の申請

公務・労務災害補償を申請しましたか?(1つだけチェック)

1  はい

2  いいえ

はいの場合、認定されましたか?

1  はい

認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

病休日数 \_\_\_\_\_ 日

就業制限 \_\_\_\_\_ 日

2  いいえ



# B:皮膚・粘膜曝露報告書

(Japan EPINet version 5.0)

病院コード番号

□□□□

院内報告番号

B:□□□□

## 1 報告者

- |        |            |           |
|--------|------------|-----------|
| ■氏名    | ■所属部門      | ■経験年数( 年) |
| ■ふりがな  | 1□ 医師部門    | ■性別 (男・女) |
| ■職員番号  | 2□ 病棟部門    | ■年齢 ( 歳)  |
| ■カルテ番号 | 3□ 外来部門    |           |
|        | 4□ 中材・手術部門 |           |
|        | 5□ 検査部門    |           |
|        | 6□ 放射線部門   |           |
|        | 99□ その他    |           |
|        | (記載)       |           |

## 2 発生日時

発生日 西暦 年 月 日  
発生時間(24時間制) 時 分

## 3 職種(1つだけチェック)

- |                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| 1 □ 医師(常勤・非常勤を含む) →                | 1 □ 内科       |
| 2 □ レジデント・研修医 →→→→                 | 2 □ 外科       |
| 3 □ 医学生                            | 3 □ 麻酔科      |
| 4 □ 看護師                            | 4 □ 整形外科     |
| 5 □ 准看護師                           | 5 □ リハビリ科    |
| 14□ 助産師                            | 6 □ 形成外科     |
| 6 □ 看護助手                           | 7 □ 小児科      |
| 7 □ 看護学生                           | 8 □ 産婦人科     |
| 8 □ 臨床検査技師                         | 9 □ 眼科       |
| 9 □ 放射線技師                          | 10 □ 皮膚科     |
| 10□ 歯科医師                           | 11 □ 泌尿器科    |
| 11□ 歯科衛生士                          | 12 □ 耳鼻咽喉科   |
| 12□ 清掃・洗濯・廃棄等の医療関連<br>サービス(委託業者含む) | 13 □ 精神・神経科  |
| □ 清掃業務担当者(委託業者含む)                  | 14 □ 放射線科    |
| □ 洗浄・滅菌業務担当者(委託業者含む)               | 15 □ 歯科・口腔外科 |
| □ 洗濯業務担当者(委託業者含む)                  | 16 □ 脳神経外科   |
| □ その他(記載)                          | 17 □ 腎透析部    |
| 13□ 薬剤師                            | 18 □ 中央臨床検査  |
| 16□ 臨床工学技士                         | 19 □ 救急部     |
| 99□ その他(記載)                        | 20 □ 手術部     |
|                                    | 99 □ その他     |
|                                    | (記載)         |

## 4 発生場所(1つだけチェック)

- 1 □ 病室(集中治療室を除く)  
(病棟名記載)
- 2 □ 病棟病室外  
□ 廊下  
□ ナースステーション  
□ 処置室  
□ その他(記載)
- (病棟名記載)
- 3 □ 救急部門
- 4 □ 集中治療部(術後回復室を含む)
- 5 □ 手術部
- 6 □ 外来診察室(処置室)(診察科記載)
- 7 □ 輸血部
- 8 □ 採血室
- 9 □ 透析室
- 10□ 特殊検査室(放射線・内視鏡・CT・心カテ・筋電図等の検査室)

- 11□ 臨床検査部
- 12□ 病理部  
□ 病理検査室 □ 病理解剖室
- 13□ 中央材料室
- 14□ 分娩室
- 16□ 薬剤部
- 17□ 化学療法センター
- 15□ 在宅
- 99□ その他(記載)

## 5 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか?

- 1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

(患者氏名又はイニシャル)

(患者カルテ番号)

入院・外来	□1.入院	□2.救急外来
	□3.外来(救急を除く)	□4.不明

患者検査結果	HIV 抗体	□陽性	□陰性	□未検査
(曝露時に未検査	HCV 抗体	□陽性	□陰性	□未検査
でも、後に確認さ	HBs 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
れた場合は訂正	HBe 抗原	□陽性	□陰性	□未検査
入力して下さい)	梅毒	□陽性	□陰性	□未検査
		□STS法	□TPHA法	□不明
	ATLA(HTLV-1 抗体)	□陽性	□陰性	□未検査
	その他(記載)			

- 2 □ いいえ
- 3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

## 6 曝露した体液-皮膚・粘膜はどの体液で曝露しましたか?(該当項目全てにチェック)

- 1 □ 血液又は血液製剤
- 2 □ 吐物/胃内容物
- 3 □ 痰
- 4 □ 唾液
- 5 □ 脳脊髄液
- 6 □ 腹水
- 7 □ 胸水
- 8 □ 羊水
- 9 □ 尿
- 10□不明
- 99□その他(記載)



**7 曝露組織・状態-曝露したのはどこですか？(該当項目全てチェック)**

- 1  損傷のない皮膚
- 2  損傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等)
- 3  眼(眼粘膜)
- 4  鼻(粘膜)
- 5  口(粘膜)
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_

**8 曝露時の状況-血液・体液はどのように皮膚・粘膜に露しましたか？**

- 1  防護していない皮膚・粘膜に触れた
- 2  防護衣や防護具のすき間の皮膚・粘膜に触れた
- 3  防護衣や防護具を浸透して触れた
- 4  白衣などの衣類を浸透して触れた

**9 曝露時の防衣・防具-曝露したときどのような防護衣・防護具を付けていましたか？(該当項目全てチェック)**

- 1  手袋をしていなかった
- 2  一重の手袋(ゴム/ビニール)
- 3  二重の手袋(ゴム/ビニール)
- 4  ゴーグル
- 5  眼鏡(防護具ではないタイプ)
- 6  側面も保護する眼鏡
- 7  フェイスシールド
- 8  手術用マスク
- 9  眼保護付き手術用マスク
- 10  手術用ガウン
- 11  ガウン(プラスチック/ビニール)
- 14  エプロン(プラスチック/ビニール)
- 12  検査・実験衣(布製)
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_

**10 曝露理由-曝露はどのようにして起こりましたか？**

- 1  患者から直接
- 2  検体容器から漏れて/こぼれて
- 3  検体容器が壊れて
- 4  チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)バッグ/ポンプから漏れて
- 5  破れた手袋/ガウン等をとおして
- 6  気管/鼻腔栄養・その他のチューブ外れて、漏れて  
(チューブ名記載) \_\_\_\_\_
- 7  その他の体液容器からこぼれて/漏れて(吸引ピン等)
- 8  血液体液に接触していた器材に触れて
- 9  血液体液に接触していた覆布/シーツ/ガウン等に触れて
- 10  その他、装置の誤作動や誤操作
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_

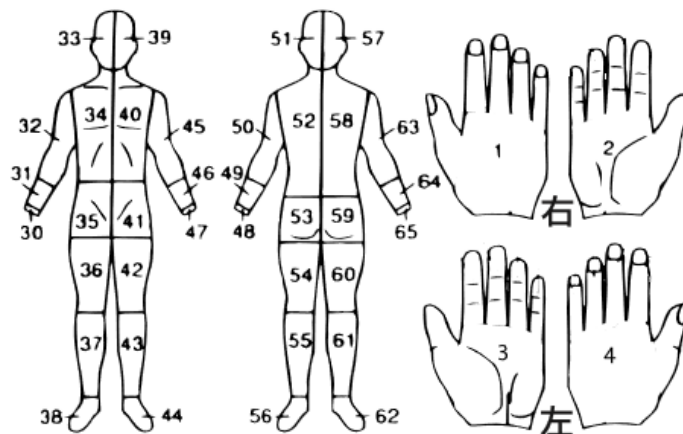
**11 曝露時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？**

- 1  5分未満
- 2  5~14分間
- 3  15分以上1時間未満
- 4  1時間以上

**12 曝露量—皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？**

- 1  少量(5cc未満)
- 2  中等量(5~50cc)
- 3  大量(50cc以上)

**13 曝露部位-図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください 身体部位番号を越えた広範囲の曝露の場合、曝露の著しい順に、◎部位1、○部位2、△部位3を記載します**



**14 HBs 抗体-あなたは HBs 抗体陽性(10mIU/mL以上)でしたか？(1つだけチェック)**

※曝露時に未確認でも後に確認された場合は訂正入力して下さい

- 1  はい(ワクチン接種により 10mIU/mL 以上になったことがある)
- 2  はい(自然陽転あるいは既往疾患などにより 10mIU/mL 以上になったことがある)
- 3  いいえ
- 4  不明

**15 緊急処置時(蘇生時を含む)の曝露でしたか？**

- 1  はい
- 2  いいえ

**16 曝露時の状況及び背景について、下記の(1)~(6)を含めて詳しく記載してください。**

- (1) 具体的な発生現場(階、病棟、ナースステーション等)
- (2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか？
- (3) 曝露原因の器材
- (4) どのようにして発生したか？
- (5) 特別な事情・状況・背景等
- (6) 曝露後の処置、対応

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

17 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができた  
と思いますか？

---

---

---

---

---

---

以下管理者記載

曝露による損失経費 総計 \_\_\_\_\_ 円

■ 検査費用 (HBV、HCV、HIV、肝機能など)

1) 該当患者に実施した検査 \_\_\_\_\_ 円

2) 曝露者に実施した検査 \_\_\_\_\_ 円

小計 \_\_\_\_\_ 円

■ 業務中断/職場離脱 \_\_\_\_\_ 円

■ 代務採用経費 \_\_\_\_\_ 円

合計 \_\_\_\_\_ 円

■ 感染・発症予防措置の費用 (HB 免疫グロブリン、抗  
HIV 予防投薬など) \_\_\_\_\_ 円

■ 発症後の治療費用 \_\_\_\_\_ 円  
(治療内容)

---

---

---

---

公労災の申請

公務・労務災害補償を申請しましたか?(1つだけチェック)

1  はい

2  いいえ

はいの場合、認定されましたか？

1  はい

認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

病休日数 \_\_\_\_\_ 日

就業制限 \_\_\_\_\_ 日

2  いいえ