医療関連感染対策回答票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 相談情報 | 相談日 |  年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 相談者 | 職種 |  | 氏名 |  |
| FAX番号 |  | メールアドレス |  |
| 相談概要 | 　 |

上記の相談について、以下のとおり回答します。

|  |
| --- |
| 【回答内容】　　（文責：　　　） |
| 拠点病院等による支援の必要性　　　　　あり　　・　　　なし |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 回答票送信者 | 回答年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 相談窓口担当者 | ○○福祉保健所（または高知市保健所）○○課○○担当　○○電話 |