

## 感染症検査のご協力について

この度、貴方の血液・唾液などの体液が付着した医療器材(注射針や治療器具)によって、当院の医療従事者が負傷致しました。当事者の労働災害(労働安全衛生法第2条第1号)を予防するために、採血による感染症検査のご協力をお願い申し上げます。

検査項目は、B型肝炎(B型肝炎ウイルス)・C型肝炎(C型肝炎ウイルス)・後天性免疫不全症候群(HIVウイルス)です。今回の検査にかかる費用は、当院の負担となり保険請求は行いません。また、検査の結果は、内科担当医または郵送によりご本人にお知らせ致します。なお、今回の検査に関連するすべての情報(結果等を含む)は、医療機関の守秘義務により第三者に知らされることはありません。

説明者 \_\_\_\_\_ 歯科医院・デンタルクリニック

氏 名 \_\_\_\_\_

平成\_\_年\_\_月\_\_日

\_\_\_\_\_ 歯科医院・デンタルクリニック

院長 殿

## 感染症検査同意書

上記について担当医より説明を受け、採血による感染症検査に同意します。

お名前 \_\_\_\_\_

代理人お名前 \_\_\_\_\_

(ご本人が未成年者などの場合)