

〇〇〇〇年〇月〇日

院内感染対策サーベイランス運営委員会

**厚生労働省 院内感染対策サーベイランス  
データ提出状況確認票(案)**

医療機関コード:

医療機関名:

対象期間:〇〇〇〇年〇月～〇月

表示	状態
○	データ提出あり。
△	データ提出あり。1件以上のエラーあり。
×	データ提出あり。有効データ0件。
—	データ未提出

参加部門およびデータ提出状況

## (1) 検査部門サーベイランス 参加・不参加

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	全体集計の 対象

## (2) 全入院患者部門サーベイランス 参加・不参加

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	全体集計の 対象

## (3) SSI 部門サーベイランス 参加・不参加

上半期						下半期						全体集計の 対象
1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	

## (4) ICU 部門サーベイランス 参加・不参加

上半期						下半期						全体集計の 対象
1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	

## (5) NICU 部門サーベイランス 参加・不参加

1-12月	全体集計の対象