

薬剤耐性アシネトバクター感染症発生届
--------------------

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 \_\_\_\_\_

上記病院・診療所の所在地(※) \_\_\_\_\_

電話番号(※) \_\_\_\_\_

(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の類型
・患者(確定例) ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢(0歳は月齢)
男 ・ 女	歳 ( 月 )

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿路感染症</li> <li>・肺炎</li> <li>・腸炎</li> <li>・腹膜炎</li> <li>・髄膜炎</li> <li>・菌血症</li> <li>・敗血症</li> <li>・胆嚢炎</li> <li>・胆管炎</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>	1 1 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 ( 確定・推定 ) 1 以前からの保菌 (保菌部位: ) 2 院内感染 (保菌も含めた患者数など感染伝播の状況: ) 3 医療器具関連感染 (中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他 ( )) 4 手術部位感染 (手術手技: ) 5 その他 ( )
	5 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出及び分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認                検体: 血液・腹水・胸水・髄液                その他 ( )                菌種名 ( )                上記以外で確認に用いた薬剤名 ( )</li> <li>・通常無菌的ではない検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認、並びに分離菌が感染症の起原菌であることの判定                検体: 喀痰・膿・尿                その他 ( )                菌種名 ( )                上記以外で確認に用いた薬剤名 ( )</li> </ul>	②感染地域 ( 確定・推定 ) 1 日本国内 ( 都道府県 市区町村 ) 2 国外 ( 国 詳細地域 ) ③90日以内の海外渡航歴 ( 有 ・ 無 ) 有りの場合 1 渡航先 ( 国 ) 2 海外での医療機関の受診歴 ( 有 ・ 無 ) 有りの場合 受診した国名 ( 国 ) 入院歴 ( 有 ・ 無 )
6 初診年月日	令和 年 月 日	
7 診断(検案(※))年月日	令和 年 月 日	
8 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日	
9 発病年月日(*)	令和 年 月 日	
10 死亡年月日(※)	令和 年 月 日	

この届出は診断から7日以内に行ってください

(1, 2, 4, 5及び11欄においては該当する番号等を○で囲み、3及び6から10までの欄においては年齢又は年月日を記入すること。

(※) 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

(\*) 欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。

4及び5欄においては、該当するもの全てを記載すること。)