

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っては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の種類
・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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 尿路感染症</li> <li>・ 髄膜炎</li> <li>・ 胆管炎</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>肺炎</li> <li>・ 菌血症</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>腸炎</li> <li>・ 敗血症</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>腹膜炎</li> <li>・ 胆嚢炎</li> </ul>
5	<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因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>						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 ( )  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。