

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	疾病名*	病原体名称(検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法**	検体名
1			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
2			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
3			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
4			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
5			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
6			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
7			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
8			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
9			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
10			1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	

*** 疾病名**

- 1:細菌性髄膜炎(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。)
- 2:無菌性髄膜炎(真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む。)
- 3:マイコプラズマ肺炎
- 4:クラミジア肺炎(全数届出疾患のオウム病を除く。)
- 5:感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。)

**** 病原体検査方法**

- 1:分離・同定
- 2:抗原検出
- 3:核酸検出(PCR・LAMP等)
- 4:塗抹検鏡
- 5:電顕
- 6:抗体検出
- 7:その他

<記載上の注意>

- ・細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎:病原体が判明している場合は、その病原体名(複数検出された場合は、主要なもの一種のみ記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査欄の記載は不要)。
- ・マイコプラズマ肺炎:病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法(1,3,6,7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載してください。
- ・クラミジア肺炎:病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法(1,2,3,6,7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択。)及びその検体名を記載してください。
- ・感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。):病原体検査診断が必須。病原体名称欄にロタウイルスと記載の上、病原体検査方法(1,2,3,7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載してください。※基幹定点として指定されている医療機関が小児科定点として指定されている場合、感染性胃腸炎の届出も行うこと。