

バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

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 平成 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（      か月）

4	・発熱 ・心内膜炎      ・腸炎                      ・腹膜炎 ・尿路感染症      ・骨盤内感染症      ・髄膜炎 ・菌血症              ・免疫不全 ・その他（                      ）	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 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：                      ） 2 経口感染（飲食物の種類・状況：                      ） 3 接触感染（接触した人・物の種類・状況：                      ） 4 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況：                      ） 5 その他（                      ）
5	・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml 以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（                      ） 菌種名：（                      ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（      ） 未実施 ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起原菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿 その他（                      ） 菌種名：（                      ） 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（      ） 未実施	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
6	初診年月日                      平成      年      月      日	
7	診断（検案(※)）年月日      平成      年      月      日	
8	感染したと推定される年月日      平成      年      月      日	
9	発病年月日（*）                      平成      年      月      日	
10	死亡年月日（※）                      平成      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, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、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, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。)