

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 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 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿路感染症   ・肺炎   ・腸炎   ・腹膜炎</li> <li>・髄膜炎       ・菌血症   ・敗血症   ・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	
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	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		

（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。）

この届出は診断から7日以内に行ってください