

薬剤耐性アシネトバクター感染症発生届

和歌山市保健所長 様

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	<ul style="list-style-type: none"> ・尿路感染症 ・肺炎 ・腸炎 ・腹膜炎 ・髄膜炎 ・菌血症 ・敗血症 ・胆嚢炎 ・胆管炎 ・その他() 	<p>1 1 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路(確定・推定)</p> <p>1 以前からの保菌(保菌部位:)</p> <p>2 院内感染(保菌も含めた患者数など感染伝播の状況:)</p> <p>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())</p> <p>4 手術部位感染(手術手技:)</p> <p>5 その他()</p> <p>②感染地域(確定・推定)</p> <p>1 日本国内(都道府県 市区町村)</p> <p>2 国外(国 詳細地域)</p> <p>③90日以内の海外渡航歴(有 ・ 無)</p> <p>有りの場合</p> <p>1 渡航先(国)</p> <p>2 海外での医療機関の受診歴(有 ・ 無)</p> <p>有りの場合</p> <p>受診した国名(国)</p> <p>入院歴(有 ・ 無)</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> ・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() ・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() 	
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