

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（検査）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 (か月)

4 症 状	・尿路感染症 　・肺炎 　・腸炎 　・腹膜炎 ・髄膜炎 　　・菌血症 　・敗血症 　・胆囊炎 ・胆管炎 ・その他 ()	11 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）
	・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（ ）	
6 初診年月日	平成 年 月 日	
7 診断（検査）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、死亡者を検査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日以内に行つてください