別記様式５－２０

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　令和　　年　　月　　日

医師の氏名

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（　　　か月） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４  症  状 | ・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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　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（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  この届出は診断から７日以内に行ってください  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　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５  診断方法 | ・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16μｇ/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16μｇ/ml以上、かつ分離菌が感染症の起因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* |
| ６　初診年月日　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  ７　診断（検案(※)）年月日　　　令和　　年　　月　　日  ８　感染したと推定される年月日　令和　　年　　月　　日  ９　発病年月日（＊）　　　　　　令和　　年　　月　　日  10　死亡年月日（※）　　　　　　令和　　年　　月　　日 | |

（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。）