

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 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つては、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 男 ・ 女	3 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ か月）
---------------	---------------------------

4 症 状	<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（ _____ ） 	1 1 感染原因・感染経路・感染地域
	<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（ _____ ） 	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	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	

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。)