

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 令和 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	3 診断時の年齢 (0歳は月齢)
男 ・ 女	歳 (月)

4	・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 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)
5	・ 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 ()	
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。)