

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

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)の種類
・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"> ・発熱 ・皮膚感染症 ・肺炎 ・腸炎 ・腹膜炎 ・骨髄炎 ・菌血症 ・免疫不全 ・その他() 	<p>11 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 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況:)</p> <p>2 経口感染(飲食物の種類・状況:)</p> <p>3 接触感染(接触した人・物の種類・状況:)</p> <p>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:)</p> <p>5 創傷感染(創傷の部位・状況:)</p> <p>6 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)</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・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が$16 \mu\text{g/ml}$以上 検体:血液・腹水・胸水・髄液・その他() ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が$16 \mu\text{g/ml}$以上、かつ分離菌が感染症の起原因菌であることの判定 検体:喀痰・尿・膿・その他() 	
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, 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。)

この届出は診断から7日以内に行ってください