

感染症発生動向調査（インフルエンザ定点）

調査期間 令和 年 月 日 ～ 年 月 日

医療機関名： _____

年齢群		0～5 ヶ月	6～ 11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10～ 14	15～ 19	20～ 29	30～ 39	40～ 49	50～ 59	60～ 69	70～ 79	80歳 以上	合計	
インフルエンザ ^(注1) (症状定義： 38.0℃以上発熱、 上気道症状、全身 症状)	男																						
	女																						
上記以外上気道炎 (コロナ様疾患含む) ^(注2) (発熱、あるいは上気道症 状、味覚/嗅覚障害)																							

(注1) 感染症法届出基準に基づき、臨床的に症状からインフルエンザと診断した症例数で、インフルエンザ迅速診断キット施行の有無を問わない。

(注2) 症状から臨床的にインフルエンザと診断できない上気道炎症例およびコロナウイルス感染症を疑う症例数

インフルエンザ迅速診断キット測定状況報告欄（使用キット名： _____）

迅速診断検査例数	迅速診断キット陽性数				迅速診断キット陰性例
	A陽性	B陽性	A・B共に陽性	型別不明	

コロナウイルス検査例数	陽性例数	陰性例数	結果待ち（翌週報告）

先週結果待ち	
陽性症例数	陰性症例数

特記事項

感染症発生動向調査（小児科定点）

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名:

		0~5 カ月	6~11 カ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10~14	15~19	20歳 以上	合計		
1	RSウイルス感染症	男															男	RSウイルス感染症
	女																女	
2	咽頭結膜熱	男															男	咽頭結膜熱
	女																女	
3	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	男															男	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
	女																女	
4	感染性胃腸炎 *	男															男	感染性胃腸炎 *
	女																女	
5	水痘	男															男	水痘
	女																女	
6	手足口病	男															男	手足口病
	女																女	
7	伝染性紅斑	男															男	伝染性紅斑
	女																女	
8	突発性発しん	男															男	突発性発しん
	女																女	
9	ヘルパンギーナ	男															男	ヘルパンギーナ
	女																女	
10	流行性耳下腺炎	男															男	流行性耳下腺炎
	女																女	

* 感染性胃腸炎については、原因の如何に関わらず届出基準に合致する患者を診断し、又は死体を検案した場合に届出を行うこと。
突発性発しんの届出対象は5歳未満(4歳以下)です。

三重県独自

クラミジア肺炎	男																男	クラミジア肺炎
	女																女	
マイコプラズマ肺炎	男																男	マイコプラズマ肺炎
	女																女	

特記事項

インフルエンザなし

感染症発生動向調査（眼科定点）

週報

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

		0~5 力月	6~11 力月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10~14	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70歳 以上	合計
急性 出血性結膜炎	男																				
	女																				
流行性角結膜炎	男																				
	女																				

特記事項

感染症発生動向調査(STD定点) 令和 年 月 分

医療機関名					総受診者数	検査件数	性感染症の患者を診断されなかった場合は、□にレ点を記入し、報告をお願いします。 報告例なし □												
					人	クラミジア 梅毒	件 件	淋菌 HIV	件 件	次の項目で該当するものがあれば番号に○を付けてください。									
患者 番号	性 該当する方を ○で囲んでく ださい。	年齢	配偶者 は同棲者に ついて該当す る方を○で囲 んでください。	国籍 該当する方を ○で囲んでく ださい。	住所 県内居住者は市町 名、県外居住者は 都道府県名を記入 してください。	疾患名（該当する欄に有症状または無症状のどちらかに○を記入してください。）		性器ヘルペス ウイルス 感染症 (再感染届出不要)	尖圭コンジ ローマ	淋菌感染症 注1)検査陽性例		①その他の疾患 注2) 1:臙トリコモナス症 2:B型肝炎 3:梅毒 4:HIV感染症/AIDS 5:その他()	②受診契機 1:有症状 2:パートナーが有症状 3:妊婦健診 4:人工妊娠中絶 5:キット等自己検査陽性 6:不妊治療 7:その他()	③その他の状況 1:異性間性的接触 2:同性間性的接触 3:コマーシャルセックスワーカー 4: " "との接触 5:コンドーム不使用 6:パートナーが複数					
						クラミジア感染症 注1)検査陽性例	性器・血清			咽頭	性器・眼				咽頭				
1	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
2	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
3	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
4	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
5	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
6	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
7	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
8	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
9	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
0	男 女		有 無	日本 外国		有症状・無症状	有症状・無症状			有症状・無症状	有症状・無症状	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6					
特記事項(特徴的な事例、患者に関する特記事項等があれば、ご記入ください。)																			

注1)クラミジア感染症、淋菌感染症について

●報告は、届出基準にある臨床的特徴を有し、かつ下記の検査陽性の患者の他、無症状の患者も届出をお願いします。

●クラミジア感染症:次の(1)の①~③、(2)の①~②のいずれかに該当する検査所見を認めるもの

(1)検査材料が尿道、性器から採取した材料の場合、又は咽頭ぬぐい液の場合

①分離・同定による病原体の検出 ②蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体抗原の検出 ③PCR法による病原体遺伝子の検出

(2)検査材料が血清の場合

①ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇 ②単一血清で抗体価の高値

●淋菌感染症:尿道、性器から採取した材料、眼分泌物、咽頭拭い液で次の①~⑤のいずれかに該当する検査所見を認めるもの

①分離・同定による病原体の検出 ②鏡検による病原体の検出 ③蛍光抗体法による病原体の検出 ④酵素抗体法による病原体抗原の検出 ⑤PCR法による病原体遺伝子の検出

注2)後天性免疫不全症候群および梅毒は5類感染症全数把握疾患に定められており、患者及び無症状病原体保有者を診断した医師は7日以内に最寄りの保健所に届け出ることとなっています。

注3)用紙が不足する場合は2枚目にご記入をお願いします。

感染症発生動向調査(基幹定点)

調査期間 令和 年 月 日 ~ 月 日

医療機関名:

ID番号	性 (該当する方を ○で囲んでくだ さい。)	年齢 (0歳は月齢)	疾病名 (*1の番号のうち該当す るものを○で囲んでくだ さい。)	病原体名称 (検査結果)	病原体検査		特記事項
					左記の結果を得た 病原体検査方法 (*2の番号のうち該当するものを ○で囲んでください。)	検体名	
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
	男 女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7		
<p>*1 疾病名</p> <p>1:細菌性髄膜炎(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。)</p> <p>2:無菌性髄膜炎(真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチヤ、クラミジア、原虫を含む)</p> <p>3:マイコプラズマ肺炎</p> <p>4:クラミジア肺炎(全数届出疾患のオウム病を除く)</p> <p>5:感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。)</p>					<p>*2 病原体検査方法</p> <p>1:分離・同定 5:電顕</p> <p>2:抗原検出 6:抗体検出</p> <p>3:核酸(PCR・LAMP等) 7:その他</p> <p>4:塗抹検鏡</p>		

<記載上の注意>

- 細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎:病原体が判明している場合は、その病原体名(複数検出された場合は、主要なものの一種のみ記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査欄の記載は不要)。
- マイコプラズマ肺炎:病原体検査診断が必須。病原体名称欄に M. pneumoniae と記載の上、病原体検査方法(1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載してください。
- クラミジア肺炎:病原体検査診断が必須。病原体名称欄に C. pneumoniae、C. trachomatis を記載の上、病原体検査方法(1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載してください。
- 感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。):病原体検査診断が必須。病原体名称欄にロタウイルスと記載の上、病原体検査方法(1、2、3、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載して下さい。※基幹定点として指定されている医療機関が小児科定点として指定されている場合、感染性胃腸炎の届出も行うこと。

感染症発生動向調査(基幹定点)

調査期間 令和 年 月 日 ~ 月 日

医療機関名:

ID番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾病名	検体採取部位	特記事項
	(該当する方を○ で囲んでください。)		(*の番号のうち該当するも のを○で囲んでください。)	(複数部位から検出された場合は最も重要と考えら れる1ヶ所のみを記載してください。)	
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		
	男 女		1 2 3		

* 疾病名

1:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

2:ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

3:薬剤耐性緑膿菌感染症

感染症発生動向調査(基幹定点)
(インフルエンザによる入院患者の報告)

インフルエンザによる入院患者がいない場合でも、0報告であげてください。

調査期間 令和 年 月 日～ 年 月 日

医療機関名

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	入院時の対応					備考	
			ICU入室	人工呼吸器 の利用	頭部CT検査 (予定含む)	頭部MRI検査 (予定含む)	脳波検査 (予定含む)		いずれにも 該当せず
1	男・女								
2	男・女								
3	男・女								
4	男・女								
5	男・女								
6	男・女								
7	男・女								
8	男・女								
9	男・女								
10	男・女								
11	男・女								
12	男・女								
13	男・女								
14	男・女								
15	男・女								

<記載上の留意>

- インフルエンザに罹患し、入院した患者(院内感染を含む)を報告してください
- 入院時の患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入してください