別記様式５－２４

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 | ・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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　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（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））  この届出は診断から７日以内に行ってください  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  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 | |

（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。）