

多剤耐性綠膿菌感染症発生届

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10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（検査）した者（死体）の類型
・患者（確定例） ・感染症死者の死体

2 性 別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男 · 女	歳（ か月）

4 症 状	<ul style="list-style-type: none"> ・尿路感染症 ・肺炎（呼吸器感染症） ・胆道感染症 ・腹膜炎 ・皮膚・軟部組織感染症 ・血流感染症 ・髄膜炎 ・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 以前からの保菌（保菌部位： ）</p> <p>2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ）</p> <p>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（ ））</p> <p>4 手術部位感染（手術手技： ）</p> <p>5 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 詳細地域（ ））</p> <p>③ 90日以内の海外渡航歴（有・無） 有りの場合 1 渡航先（ 国）</p> <p>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）</p>
5 診 断 方 法	<p>検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ ）</p> <p>検体：喀痰・膿・尿 その他（ ）</p> <p>・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による綠膿菌の検出及び分離菌の以下3項目の薬剤耐性の確認： (1) イミペネムまたはメロペネム (2) アミカシン (3) シプロフロキサシンまたはレボフロキサシン</p>	
6 初診年月日	令和 年 月 日	
7 診断（検査）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日以内に行つてください

(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、死亡者を検査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。)