

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 ①肺炎 ②腸炎 ③腹膜炎 ・髄膜炎 ④菌血症 ⑤敗血症 ⑥胆囊炎 ・胆管炎 ⑦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()) 4 手術部位感染(手術手技:) 5 その他()
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()	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)
	・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: 咳痰・膿・尿 その他() 菌種名() 上記以外で確認に用いた薬剤名()	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() 入院歴(有・無)
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日以内に行なってください

(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。)