

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。

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

感染症発生動向調査(基幹定点) (COVID-19による入院患者の報告)

COVID-19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 | 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>

- COVID-19と診断した患者のうち、新規に入院をした患者(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
- ICU入室とは、「特定集中治療管理料」「救命救急入院料」を算定した場合に限る
- 人工呼吸器の利用とは、気管挿管による人工呼吸器の利用、またはECMOを使用した場合に限る

感染症発生動向調査（基幹定点）

週報

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

| ID番号 | 性 | 年齢 (0歳は月齢) | 疾 病 名 * | 病原体名称 (検査結果) | 病原体検査 | |
|------|---|---------------|-----------|--------------|------------------------|-----|
| | | | | | 左記の結果を得た 病原体検査方法 ** | 検体名 |
| 1 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 2 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 3 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 4 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 5 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 6 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 7 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 8 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 9 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |
| 10 | | | 1 2 3 4 5 | | 1 2 3 4 5 6 7 | |

*** 疾病名**

- 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。）
- 2: 無菌性髄膜炎（真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む）
- 3: マイコプラズマ肺炎
- 4: クラミジア肺炎（全数届出疾患のオウム病を除く）
- 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。）

**** 病原体検査方法**

- 1: 分離・同定
- 2: 抗原検出
- 3: 核酸検出(PCR・LAMP等)
- 4: 塗抹検鏡
- 5: 電顕
- 6: 抗体検出
- 7: その他

<記載上の注意>

・ **細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎**：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**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）

月報

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 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 ** |
|----|------|---|---------------|---------|-----------|
| 1 | | | | 1 2 | |
| 2 | | | | 1 2 | |
| 3 | | | | 1 2 | |
| 4 | | | | 1 2 | |
| 5 | | | | 1 2 | |
| 6 | | | | 1 2 | |
| 7 | | | | 1 2 | |
| 8 | | | | 1 2 | |
| 9 | | | | 1 2 | |
| 10 | | | | 1 2 | |

* 疾病名（番号を○で囲む）

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

** 検体採取部位

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か所のみを記載。

この届出は疑似症と判断した際直ちに行ってください

感染症発生動向調査（疑似症定点）

報告日 令和 年 月 日

医療機関名: 担当医師:

連絡先:

以下の項目1~3をすべて満たすものとする。

| | | |
|----|---|--|
| 項目 | 1 | 感染症を疑わせるような症状 (該当するものに○、その他は具体的に記載) (1) 発熱 (2) 呼吸器症状 (3) 発しん (4) 消化器症状 (5) 神経症状 (6) その他 () |
| | 2 | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき 集中治療その他これに準ずるものが必要と判断 ・特記事項 () |
| | 3 | 医師が一般に認められている医学的知見に基づき 直ちに特定の感染症と診断することができないと判断 ・特記事項 () |
| 備考 | | |
| 年齢 | 歳 | ヶ月 |
| 性別 | 男 | 女 |

