

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症発生届

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つては、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 男 ・ 女	3 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ 月 ）
---	---------------	---------------------------

4	症 状	・尿路感染症 ・肺炎 ・腹膜炎 ・髄膜炎 ・血流感染症 ・胆嚢炎 ・胆管炎 ・その他（ _____ ）																								
5	診 断 方 法	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px; vertical-align: top;"> ・ 通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸内細菌目細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ _____ ） 菌種名（ _____ ） <input type="checkbox"/> メロペネム MIC ≥ 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 ≤ 22 mm の確認 <input type="checkbox"/> イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生、又はカルバペネマーゼ遺伝子の確認 <input type="checkbox"/> IMP型 <input type="checkbox"/> NDM型 <input type="checkbox"/> KPC型 <input type="checkbox"/> OXA-48型 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） </td> <td style="width: 55%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">6 初診年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9 発病年月日（*） 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10 死亡年月日(※) 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11 感染原因・感染経路・感染地域</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">① 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 以前からの保菌（保菌部位： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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（ _____ ））</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 手術部位感染（手術手技： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5 その他（ _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 感染地域（ 確定・推定 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 90日以内の海外渡航歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 渡航先（ _____ 国 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 海外での医療機関の受診歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受診した国名（ _____ 国 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">入院歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	・ 通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸内細菌目細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ _____ ） 菌種名（ _____ ） <input type="checkbox"/> メロペネム MIC ≥ 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 ≤ 22 mm の確認 <input type="checkbox"/> イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生、又はカルバペネマーゼ遺伝子の確認 <input type="checkbox"/> IMP型 <input type="checkbox"/> NDM型 <input type="checkbox"/> KPC型 <input type="checkbox"/> OXA-48型 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">6 初診年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9 発病年月日（*） 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10 死亡年月日(※) 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11 感染原因・感染経路・感染地域</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">① 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 以前からの保菌（保菌部位： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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（ _____ ））</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 手術部位感染（手術手技： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5 その他（ _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 感染地域（ 確定・推定 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 90日以内の海外渡航歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 渡航先（ _____ 国 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 海外での医療機関の受診歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受診した国名（ _____ 国 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">入院歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> </table>	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	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（ _____）	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 _____）	③ 90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 ）
・ 通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸内細菌目細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（ _____ ） 菌種名（ _____ ） <input type="checkbox"/> メロペネム MIC ≥ 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 ≤ 22 mm の確認 <input type="checkbox"/> イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生、又はカルバペネマーゼ遺伝子の確認 <input type="checkbox"/> IMP型 <input type="checkbox"/> NDM型 <input type="checkbox"/> KPC型 <input type="checkbox"/> OXA-48型 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">6 初診年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9 発病年月日（*） 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10 死亡年月日(※) 令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11 感染原因・感染経路・感染地域</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">① 感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 以前からの保菌（保菌部位： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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（ _____ ））</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 手術部位感染（手術手技： _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5 その他（ _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 感染地域（ 確定・推定 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 90日以内の海外渡航歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 渡航先（ _____ 国 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 海外での医療機関の受診歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受診した国名（ _____ 国 _____）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">入院歴（ 有 ・ 無 ）</td> </tr> </table>	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	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（ _____）	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 _____）	③ 90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 ）			
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																										
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（ _____）																										
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 _____）																										
③ 90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 ）																										

この届出は診断から7日以内に行ってください

(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。