

## 多剤耐性緑膿菌感染症発生届

## 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（検案）した者（死体）の種類 ・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	（ 月 ）

4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 尿路感染症 ・ 肺炎（呼吸器感染症）</li> <li>・ 胆道感染症 ・ 腹膜炎 ・ 皮膚 ・ 軟部組織感染症</li> <li>・ 血流感染症 ・ 髄膜炎</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>	1 1 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）
5	検体：血液 ・ 膿水 ・ 胸水 ・ 髄液 その他（ ） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通常無菌的ではない検体からの分離 ・ 同定による緑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</li> </ul>	
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、該当するものを全てを記載すること。）

この届出は診断から7日以内に行ってください