別記様式５－３

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　・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	・　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（　　） □ メロペネム ＭＩＣ ≧２ μg/mL、又は ＭＥＰＭ の感受性ディスク（ＫＢ）の阻止円直径 ≦２２ mm の確認 □ 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 □ＩＭＰ型　□ＮＤＭ型　□ＫＰＣ型 □ＯＸＡ－４８型 □ その他（　　） ・　通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸内細菌目細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（　　） 菌種名（　　） □ メロペネム ＭＩＣ ≧２ μg/mL、又は ＭＥＰＭ の感受性ディスク（ＫＢ）の阻止円直径 ≦２２ mm の確認 □ 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 □ＩＭＰ型　□ＮＤＭ型　□ＫＰＣ型 □ＯＸＡ－４８型 □ その他（　　）	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。