別記様式５－２５

# 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　・腸炎　・腹膜炎<br>・髄膜炎　・菌血症　・敗血症　・胆嚢炎<br>・胆管炎<br>・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<br>検体：血液・腹水・胸水・髄液<br>その他（　　）<br>菌種名（　　）<br>上記以外で確認に用いた薬剤名（　　）<br>・　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<br>検体：喀痰・膿・尿<br>その他（　　）<br>菌種名（　　）<br>上記以外で確認に用いた薬剤名（　　） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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　　）

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（　　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。）