

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	2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	男 ・ 女	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	・ 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 $\geq 2$ $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 $\leq 22$ 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（ ）	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。