

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

和歌山市保健所長 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（ か月）          |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 4  | ・発熱<br>・皮膚感染症 ・肺炎 ・腸炎 ・腹膜炎<br>・骨髄炎 ・菌血症 ・免疫不全<br>・その他（ ）   | 1 1 感染原因・感染経路・感染地域<br>①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ）<br>1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： _____）<br>2 経口感染（飲食物の種類・状況： _____）<br>3 接触感染（接触した人・物の種類・状況： _____）<br>4 針等の鋭利なものの刺入による感染（刺入物の種類・状況： _____）<br>5 創傷感染（創傷の部位・状況： _____）<br>6 その他（ _____）<br>②感染地域（ 確定 ・ 推定 ）<br>1 日本国内（ _____ 都道府県 _____ 市区町村）<br>2 国外（ _____ 国 _____ 詳細地域 _____） |
| 5  | ・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンの MIC 値が 16μg/ml 以上<br>検体：血液・腹水・胸水・髄液・その他（ _____）<br>・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンの MIC 値が 16μg/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起原因菌であることの判定<br>検体：喀痰・尿・膿・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  |  |

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, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、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, 5 欄は、該当するものすべてを記載すること。)