

バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

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6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

印

(署名又は記名押印のこと)

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 | <ul style="list-style-type: none">・発熱・心内膜炎・尿路感染症・菌血症・その他（) <ul style="list-style-type: none">・腸炎・骨盤内感染症・免疫不全 <ul style="list-style-type: none">・腹膜炎・髄膜炎 | 11 感染原因・感染経路・感染地域 |
| 5 診 断 方 法 | <ul style="list-style-type: none">・通常無菌的であるべき検体からの分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml 以上 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（) 菌種名：（) 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（)・ 未実施・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出、かつ分離菌のバンコマイシンのMIC値が16 μg/ml 以上、かつ分離菌が感染症の起因为菌であることの判定 検体：喀痰・尿・膿 その他（) 菌種名：（) 耐性遺伝子：VanA・VanB・VanC・その他（)・ 未実施 | <ul style="list-style-type: none">①感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：)2 経口感染（飲食物の種類・状況：)3 接触感染（接触した人・物の種類・状況：)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：)5 その他（) <ul style="list-style-type: none">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) |
| 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。)