

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症発生届

京都市長 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(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 $\mu\text{g/mL}$ 、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。