別記様式５－２０

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

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 | ・発熱　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・心内膜炎　　　・腸炎　　　　　　・腹膜炎・尿路感染症　　・骨盤内感染症　　・髄膜炎・菌血症　　　　・免疫不全・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）この届出は診断から７日以内に行ってください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　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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　　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16μｇ/ml以上、かつ分離菌が感染症の起因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*　　 |
| 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 |

（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。）