

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 ・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	2 性別 男 ・ 女	3 診断時の年齢（0歳は月齢） 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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; vertical-align: top; padding: 5px;"> ・ 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 ≥ 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 ≤ 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（ ） </td> <td style="width: 55%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">6 初診年月日 令和 年 月 日</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9 発病年月日（*） 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10 死亡年月日(※) 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11 感染原因・感染経路・感染地域</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">① 感染原因・感染経路（確定・推定）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 以前からの保菌（保菌部位： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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（ ））</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 手術部位感染（手術手技： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5 その他（ ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 感染地域（確定・推定）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 日本国内（ 都道府県 市区町村 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 国外（ 国 詳細地域 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 90日以内の海外渡航歴（有・無）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 渡航先（ 国 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 海外での医療機関の受診歴（有・無）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受診した国名（ 国 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">入院歴（有・無）</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	・ 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 ≥ 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 ≤ 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（ ）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">6 初診年月日 令和 年 月 日</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9 発病年月日（*） 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10 死亡年月日(※) 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11 感染原因・感染経路・感染地域</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">① 感染原因・感染経路（確定・推定）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 以前からの保菌（保菌部位： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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（ ））</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 手術部位感染（手術手技： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5 その他（ ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 感染地域（確定・推定）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 日本国内（ 都道府県 市区町村 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 国外（ 国 詳細地域 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 90日以内の海外渡航歴（有・無）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 渡航先（ 国 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 海外での医療機関の受診歴（有・無）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受診した国名（ 国 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">入院歴（有・無）</td> <td></td> </tr> </table>	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）	
・ 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 ≥ 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、又は MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円直径 ≤ 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（ ）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">6 初診年月日 令和 年 月 日</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">7 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">9 発病年月日（*） 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">10 死亡年月日(※) 令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">11 感染原因・感染経路・感染地域</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">① 感染原因・感染経路（確定・推定）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 以前からの保菌（保菌部位： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">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（ ））</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 手術部位感染（手術手技： ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5 その他（ ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">② 感染地域（確定・推定）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 日本国内（ 都道府県 市区町村 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 国外（ 国 詳細地域 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">③ 90日以内の海外渡航歴（有・無）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1 渡航先（ 国 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 海外での医療機関の受診歴（有・無）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">有りの場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受診した国名（ 国 ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">入院歴（有・無）</td> <td></td> </tr> </table>	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）				
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。

別記様式

保健所コード

保健所登録全数報告ID

衛研受付番号(検体提供者番号)

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票(病原体)

患者	性別	(男・女)	定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください ・急性呼吸器感染症定点 ・小児科定点 ・眼科定点 ・性感症定点 ・基幹定点
	年齢	(歳ヵ月)	
	氏名		
	住所		
[主治医等記載欄]			
医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)			
検体送付日	年 月 日	分離株(無、有、検査中)	
診断名			
発病日	年 月 日		
入院・外来の別	入院	外来	
検査採取日	年 月 日		
材料	材料の種類	・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿 ・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他[])) ・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷) ・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・陰部尿道頭管擦過物/分泌物 ・細胞診、生検、剖検材料(臓器)) ・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[])) ・その他()	
	臨床徴候等	・無症状 ・頭痛 ・発熱(最高 ℃) ・熱性けいれん ・関節痛(関節炎、筋肉痛) ・髄膜炎、意識障害、麻痺(部位)、 ・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎) 中枢神経系症状(脳炎、脳症、脊髄炎、 ・下気道炎(肺炎、気管支炎) その他[])) ・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹) ・循環器障害(心筋炎、心膜炎、心不全) ・出血傾向※全身性のもの ・黄疸 ・肝機能障害 ・リンパ節腫脹(部位)、唾液腺腫脹、 ・腎機能障害(HUS、血尿、乏尿、蛋白尿、 浮腫(部位) 多尿、腎不全) ・ショック症状(低血圧、循環不全) ・尿路生殖器症状(膀胱炎、尿道炎、外陰炎、 ・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候) 頭管炎) []	
基礎疾患			
転帰	経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因)		
主治医等から地方衛生研究所への連絡事項			
*インフルエンザ迅速キット使用(無、有:メーカー名[]):[陰性、陽性、保留] *抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名[]) 投与開始日 年 月 日[予防投与、治療投与] 投与終了日 年 月 日			

[保健所等記載欄](主治医記載可)

発生の状況	・散发 ・地域流行 ・家族内発生(無、有) ・集団発生(無、有) ・発生市区町村() 有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、 老人ホーム[介護施設を含む]、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、 事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他[])	
最近の海外渡航歴	国名	
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
ワクチン接種歴	(無、有、不明) 最終接種年月日 年 月 日	
	ワクチン名	(Lot No.)

[地方衛生研究所記載欄]

記載者名		
抗体検出方法	(蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノブロット、ゲル内沈降、凝集反応、 その他[]))	
結果 ()		
病原体検出	検出年月日	年 月 日
	検出方法	・分離培養(培養細胞:細胞名[])) [陽性となった方法を ○で囲んで下さい] 人工培地、発育鶏卵、動物、その他[]) ・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他[])) ・遺伝子検出 1.非増幅(ハイブリ、PAGE、その他[])) 2.増幅(PCR、リアルタイムハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[])) ・電顕 ・鏡検
検出病原体(群、型、亜型)		
[その他特記事項]		

注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づく一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。
 注2) 主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。
 注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。
 注4) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。
 注5) 全自動遺伝子解析装置等を設置しており、同装置にて検査を行った場合は、得られた結果を[主治医等から地方衛生研究所への連絡事項]に記載をお願いします。