

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  | 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<br>症<br>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<br>・その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5<br>診<br>断<br>方<br>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<br>検体：血液・腹水・胸水・髄液<br>その他（ ）<br>菌種名（ ）<br><input type="checkbox"/> メロペネム MIC $\geq 2$ $\mu\text{g/mL}$ 、又は<br>MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円<br>直径 $\leq 22$ mm の確認<br><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<br><input type="checkbox"/> IMP 型 <input type="checkbox"/> NDM 型 <input type="checkbox"/> KPC 型<br><input type="checkbox"/> OXA-48 型<br><input type="checkbox"/> その他（ ）               | 6 初診年月日 令和 年 月 日<br>7 診断（検案（※））年月日 令和 年 月 日<br>8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日<br>9 発病年月日（*） 令和 年 月 日<br>10 死亡年月日（※） 令和 年 月 日<br>11 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 以前からの保菌（保菌部位： ）<br>2 院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況： ）<br>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（ ））<br>4 手術部位感染（手術手技： ）<br>5 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 ）<br>③ 90 日以内の海外渡航歴（ 有 ・ 無 ）<br>有りの場合<br>1 渡航先（ 国 ）<br>2 海外での医療機関の受診歴（ 有 ・ 無 ）<br>有りの場合<br>受診した国名（ 国 ）<br>入院歴（ 有 ・ 無 ） |
|                       | ・ 通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸内細菌目細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因菌であることの判定<br>検体：喀痰・膿・尿<br>その他（ ）<br>菌種名（ ）<br><input type="checkbox"/> メロペネム MIC $\geq 2$ $\mu\text{g/mL}$ 、又は<br>MEPM の感受性ディスク（KB）の阻止円<br>直径 $\leq 22$ mm の確認<br><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<br><input type="checkbox"/> IMP 型 <input type="checkbox"/> NDM 型 <input type="checkbox"/> KPC 型<br><input type="checkbox"/> OXA-48 型<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

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。

調査期間 令和 年 月 日 ～ 年 月 日

[illegible]

**感染症発生動向調査（急性呼吸器感染症定点）  
（急性呼吸器感染症の報告）**

調査期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日医療機関名:

[illegible]

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 )                                                                                                                                                                                                               |              |
|                                                                                                               | 年 齢                                                | ( 歳 ヲ月 )                                                                                                                                                                                                                |              |
|                                                                                                               | 氏 名                                                |                                                                                                                                                                                                                         |              |
|                                                                                                               | 住 所                                                |                                                                                                                                                                                                                         |              |
| [主治医等記載欄]                                                                                                     |                                                    | 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                                                                                                                                                                                              |              |
| 医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)                                                                                          |                                                    | ・急性呼吸器感染症定点 ・小児科定点 ・眼科定点<br>・性感染症定点 ・基幹定点                                                                                                                                                                               |              |
| 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                                                                                                                                                                                                                      |              |
| 検 採 取 日                                                                                                       | 年 月 日                                              |                                                                                                                                                                                                                         |              |
| 査 材 料                                                                                                         | 材料の種類<br>[該当するもの一つを○で囲んで下さい]                       | ・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・唾液 ・尿<br>・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他[ ])<br>・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷)<br>・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・陰部尿道頸管擦過物／分泌物<br>・細胞診、生検、剖検材料(臓器)<br>・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[ ])<br>・その他( )                     |              |
| 臨 床 症 状・徴 候 等                                                                                                 | 臨 床 症 状・徴 候 等<br>[該当するものを全てを○で囲んで下さい]<br>(基礎疾患を除く) | ・無症状<br>・頭痛 ・発熱(最高 ℃)<br>・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛<br>・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎)<br>・下気道炎(肺炎、気管支炎)<br>・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹)<br>・出血傾向※全身性のもの<br>・リンパ節腫脹(部位 ), 唾液腺腫脹、<br>浮腫(部位 )<br>・ショック症状(低血圧、循環不全)<br>・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候)<br>[ ] |              |
| 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])<br>*抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名[ ])<br>投与開始日 年 月 日[予防投与、治療投与]<br>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 )<br>・集団発生 ( 無 、 有 ) ・発生市区町村( )<br>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、<br>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、<br>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、<br>その他[ ])<br>結果 ( )                                                                                                                                                     |
| 病 原 体 検 出             | 検 出 年 月 日 年 月 日                                                                                                                                                                                                       |
|                       | 検 出 方 法<br>[陽性となった方法を○で囲んで下さい]<br>・分離培養(培養細胞:細胞名[ ])<br>人工培地、発育鶏卵、動物、その他[ ]<br>・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他[ ])<br>・遺伝子検出 1.非増幅(ハイブリ、PAGE、その他[ ])<br>2.増幅(PCR、リアルタイムハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[ ])<br>・電顕 ・鏡検 |
| 検 出 病 原 体<br>(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。