

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症発生届

名古屋市保健所長（ ） 区）様

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（ ）<br><br>・ 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（ ） | 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<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 ） |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

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、該当するものを全てを記載すること。