別記様式５－１８

# バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症発生届

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　平成　　年　　月　　日

医師の氏名　　印

（署名又は記名押印のこと）

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<br>・皮膚感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎<br>・骨髄炎　・菌血症　・免疫不全<br>・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・同定による黄色ブドウ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<br>検体：血液・腹水・胸水・髄液・その他（　　）<br><br>・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、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<br>検体：喀痰・尿・膿・その他（　　） |
| ６　初診年月日 | 平成　年　月　日 |
| ７　診断（検案(※)）年月日 | 平成　年　月　日 |
| ８　感染したと推定される年月日 | 平成　年　月　日 |
| ９　発病年月日（＊） | 平成　年　月　日 |
| 10　死亡年月日（※） | 平成　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　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　創傷感染（創傷の部位・状況：　　）

６　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　　）

この届出は診断から7日以内に行ってください

（1，2，4，5，11 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。）