

薬剤耐性アシネトバクター感染症発生届

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）

Table with 1 row: 1 診断（検案）した者（死体）の種類. Content: ・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

Table with 2 rows: 2 性別 (男・女), 3 診断時の年齢 (0歳は月齢) (歳(か月))

Main diagnostic table with columns for symptoms (4), diagnosis method (5), and infection details (11). Includes categories like infection cause, route, and location.

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。)