

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

Main form table with 4 columns: 4 症状 (尿路感染症, 肺炎, etc.), 5 診断方法 (通常無菌的であるべき検体からの分離, etc.), 6-10 日付情報 (初診年月日, 診断年月日, etc.), and 11 感染原因・感染経路・感染地域 (1 以前からの保菌, 2 院内感染, etc.)

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。)