

感染症発生動向調査(基幹定点) (インフルエンザによる入院患者の報告)

インフルエンザによる入院患者がいない場合でも、0報告であげてください。

調査期間 平成 年 月 日～ 年 月 日

医療機関名

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	入院時の対応						備考
			ICU入室	人工呼吸器 の利用	頭部CT検査 (予定含む)	頭部MRI検査 (予定含む)	脳波検査 (予定含む)	いずれにも 該当せず	
1	男・女								
2	男・女								
3	男・女								
4	男・女								
5	男・女								
6	男・女								
7	男・女								
8	男・女								
9	男・女								
10	男・女								
11	男・女								
12	男・女								
13	男・女								
14	男・女								
15	男・女								

<記載上の留意>

- インフルエンザに罹患し、入院した患者(院内感染を含む)を報告してください
- 入院時の患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入してください

感染症発生動向調査（基幹定点）

調査期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

ID番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾 病 名 *	病原体名称 (検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法 **	検体名
1			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
2			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
3			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
4			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
5			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
6			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
7			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
8			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
9			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
10			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	

*** 疾病名**

- 1: 細菌性髄膜炎
- 2: 無菌性髄膜炎（真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む）
- 3: マイコプラズマ肺炎
- 4: クラミジア肺炎（全数届出疾患のオウム病を除く）

**** 病原体検査方法**

- 1: 分離・同定 2: 抗原検出 3: 核酸検出(PCR・LAMP等)
- 4: 塗抹検鏡 5: 電顕 6: 抗体検出
- 7: その他

<記載上の注意>

- ・**細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎**: 病原体が判明している場合は、その病原体名(複数検出された場合は、主要なもののみ記載)、その結果を得た病原体検査方法（複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択）及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査欄の記載は不要)。
- ・**マイコプラズマ肺炎**: 病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法（1、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載してください。
- ・**クラミジア肺炎**: 病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法（1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択）及びその検体名を記載してください。

感染症発生動向調査（基幹定点）

月報

調査期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

医療機関名: _____

	ID番号	性	年齢 (0歳は月齢)	疾 病 名 *			検体採取部位 **
1				1	2	3	
					4		
2				1	2	3	
					4		
3				1	2	3	
					4		
4				1	2	3	
					4		
5				1	2	3	
					4		
6				1	2	3	
					4		
7				1	2	3	
					4		
8				1	2	3	
					4		
9				1	2	3	
					4		
10				1	2	3	
					4		

* 疾病名（番号を○で囲む）

1：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

2：ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

3：薬剤耐性緑膿菌感染症

4：薬剤耐性アシネトバクター感染症

** 検体採取部位

複数部位から検出された場合は、

最も重要と考えられる1カ所のみを記載。

この届出は診断後直ちに行ってください

感染症発生動向調査（疑似症定点）

報告日 平成 年 月 日

医療機関名: _____

症候群分類*	1	2
年齢	歳	ヶ月
性別	男	女

* 症候群分類（番号を○で囲む）

1：摂氏38度以上の発熱及び呼吸器症状（明らかな外傷又は器質的疾患に起因するものを除く。）

2：発熱及び発しん又は水疱