

様式 1

## 多剤耐性腸内細菌 データ入力フォーム

## (医療機関情報)

医療機関名： \_\_\_\_\_  
 医療機関住所： (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 ご所属： \_\_\_\_\_ 電話： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 ご担当者氏名： \_\_\_\_\_ FAX: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## (背景情報)

患者 ID： \_\_\_\_\_  
 性別： 男 ・ 女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳  
 過去一年以内の海外渡航歴：

海外渡航歴： あり ・ なし ・ 不明

※海外渡航歴がある場合は、渡航先、渡航時期、医療機関の受診歴について記入をお願いします。

渡航先： \_\_\_\_\_ 渡航時期： \_\_\_\_\_

渡航先の医療機関の受診歴： あり (外来のみ・入院あり) ・ なし ・ 不明

## 患者 ID について：

一患者について一患者 ID とし、医療機関内で使用している ID やコード以外の値を新たに設定してください。設定した ID は問い合わせの際に利用しますので、どの患者か識別できるように対照表は医療機関内で保管しておいてください。

## (菌株情報)

菌種名： \_\_\_\_\_

カルバペネム系抗菌薬の感受性 : 薬剤名 \_\_\_\_\_ MIC \_\_\_\_\_ µg/ml  
 アミノグリコシド系抗菌薬の感受性 : 薬剤名 \_\_\_\_\_ MIC \_\_\_\_\_ µg/ml  
 フルオロキノロン系抗菌薬の感受性 : 薬剤名 \_\_\_\_\_ MIC \_\_\_\_\_ µg/ml

検体の種類： 血液 髄液 呼吸器系検体 便 尿 その他 ( \_\_\_\_\_ )

検体番号： \_\_\_\_\_ (医療機関で細菌検査の際に割り振られた番号を記入してください)

検体採取日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

菌株輸送用の箱の送り先が医療機関ご担当者と異なる場合 (検査所等) には、以下にご記入ください。

送付先住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

衛生検査所等名称 \_\_\_\_\_

御担当者様お名前 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_