健感発 0507 第１号
令和元年５月７日

各｛都道府県知事
保健所設置市長
特別区長｝殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
（公印省略）

元号を改める政令の施行に伴う通知様式の改正について

元号を改める政令（平成 31 年政令第 143 号）が平成 31 年４月１日に公布され、同年５月１日から施行されたことに伴い、健康局結核感染症課関係の通知等において示している様式については、「平成」を「令和」に変更する等、改元に関して所要の様式変更が必要なところです。

つきましては、別紙の通り改元に対応した様式を作成いたしましたので、当該様式に関し御了知の上、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。）に周知していただくようお願いします。

また、様式において「平成」を記載する必要がある場合は、適宜二重線等により適切に対応していただきますようお願いいたします。

なお、別紙において示していない様式に関しても、別紙の改正様式に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱って頂きたいことを申し添えます。

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症発生届

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　令和　　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	・尿路感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎 ・髄膜炎　・菌血症　・敗血症　・胆嚢炎 ・胆管炎 ・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・同定による腸内細菌科細菌の検出及び分離菌の薬剤耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） 菌種名（　　） 確認に用いた薬剤名（　メロペネム・イミペネムとセフメタゾール　） ・　通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸内細菌科細菌の検出、分離菌の薬剤耐性の確認及び分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（　　） 菌種名（　　） 確認に用いた薬剤名（　メロペネム・イミペネムとセフメタゾール　）

６　初診年月日	令和	年	月	日
７　診断（検案(※)）年月日	令和	年	月	日
８　感染したと推定される年月日	令和	年	月	日
９　発病年月日（＊）	令和	年	月	日
10　死亡年月日（※）	令和	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　以前からの保菌（保菌部位：　　）

２　院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況：　　）

３　医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（　　））

４　手術部位感染（手術手技：　　）

５　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　　）

③９０日以内の海外渡航歴（　有　・　無　）

有りの場合

１　渡航先（　　国）

２　海外での医療機関の受診歴（　有　・　無　）

有りの場合

受診した国名（　　国）

入院歴（　有　・　無　）

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。）

別記様式５－１９

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　令和　　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 ・皮膚感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎 ・骨髄炎　・菌血症　・免疫不全 ・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 検体：血液・腹水・胸水・髄液・その他（　　） ・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 検体：喀痰・尿・膿・その他（　　）

６　初診年月日	令和	年	月	日
７　診断（検案(※)）年月日	令和	年	月	日
８　感染したと推定される年月日	令和	年	月	日
９　発病年月日（＊）	令和	年	月	日
10　死亡年月日（※）	令和	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〇で囲み、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。）

別記様式５－２０

バンコマイシン耐性腸球菌感染症発生届

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　令和　　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 ・心内膜炎　・腸炎　・腹膜炎 ・尿路感染症　・骨盤内感染症　・髄膜炎 ・菌血症　・免疫不全 ・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・同定による腸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 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） 菌種名：（　　） 耐性遺伝子：*VanA* ・ *VanB* ・ *VanC*・*その他*（　）・*未実施* ・通常無菌的ではない検体からの分離・同定による腸球菌の検出、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 検体：喀痰・尿・膿 その他（　　） 菌種名：（　　） 耐性遺伝子：*VanA* ・ *VanB* ・ *VanC*・*その他*（　）・*未実施*

６	初診年月日	令和	年	月	日
７	診断（検案(※)）年月日	令和	年	月	日
８	感染したと推定される年月日	令和	年	月	日
９	発病年月日（＊）	令和	年	月	日
10	死亡年月日（※）	令和	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　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。）

別記様式５－２４

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　令和　　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	・尿路感染症　・肺炎　・腸炎　・腹膜炎 ・髄膜炎　・菌血症　・敗血症　・胆嚢炎 ・胆管炎 ・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・同定によるアシネトバクター属菌の検出及び分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認 検体：血液・腹水・胸水・髄液 その他（　　） 菌種名（　　） 上記以外で確認に用いた薬剤名（　　） ・　通常無菌的ではない検体からの分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、分離菌のイミペネム、アミカシン及びシプロフロキサシンに対する耐性の確認、並びに分離菌が感染症の起因菌であることの判定 検体：喀痰・膿・尿 その他（　　） 菌種名（　　） 上記以外で確認に用いた薬剤名（　　）

６　初診年月日	令和	年	月	日
７　診断（検案(※)）年月日	令和	年	月	日
８　感染したと推定される年月日	令和	年	月	日
９　発病年月日（＊）	令和	年	月	日
10　死亡年月日（※）	令和	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　以前からの保菌（保菌部位：　　）

２　院内感染（保菌も含めた患者数など感染伝播の状況：　　）

３　医療器具関連感染（中心静脈カテーテル・尿路カテーテル・人工呼吸器・その他（　　））

４　手術部位感染（手術手技：　　）

５　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　　）

③９０日以内の海外渡航歴（　有　・　無　）

有りの場合

１　渡航先（　　国）

２　海外での医療機関の受診歴（　有　・　無　）

有りの場合

受診した国名（　　国）

入院歴（　有　・　無　）

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。）

別記様式６－６

感染症発生動向調査（基幹定点）

月報

調査期間　令和　　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	
2				１　２　３	
3				１　２　３	
4				１　２　３	
5				１　２　３	
6				１　２　３	
7				１　２　３	
8				１　２　３	
9				１　２　３	
10				１　２　３	

＊　疾病名　（番号を〇で囲む）
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

＊＊　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か所のみを記載。