

別記様式1第6号

保健所コード 西 暦 I D 衛研受付番号 病原体定点コード
 □□□□□□□□ □□□□ □□□-□□□□ □□□□□□ □□□□

五 類 感 染 症 (薬 剤 耐 性 緑 膿 菌 感 染 症) 検 査 票 (病 原 体)

患者	性 別	(男 ・ 女)
	年 齢	(歳 カ月)

定点医療機関の場合は該当するものを○で囲んでください。
 インフルエンザ定点 ・ 小児科定点 ・ 眼科定点
 性感染症定点 ・ 基幹定点

[主治医等記載欄]

医療機関等名及び 主治医等医師名	検体識別記号等
検体送付日	年 月 日 分離株 (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 検 査 中)
診 断 名	薬剤耐性緑膿菌感染症
発 病 日	年 月 日
検査材料	採取年月日 年 月 日
	材料の種類 <input type="checkbox"/> 血液 (<input type="checkbox"/> 全血・ <input type="checkbox"/> 血清・ <input type="checkbox"/> 血漿) <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 髄液 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 気道吸引物 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> ふん便 (<input type="checkbox"/> 腸内容物・ <input type="checkbox"/> 直腸ぬぐい液) <input type="checkbox"/> 膿 <input type="checkbox"/> 穿刺液 (<input type="checkbox"/> 腹水・ <input type="checkbox"/> 胸水・ <input type="checkbox"/> 関節液・ <input type="checkbox"/> その他 []) <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床的事項	臨床症状・徴候等
	該当するものすべての □にチェックを入れてください (基礎疾患を除く)
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 () <input type="checkbox"/> 腎不全 (人工透析等 有・無) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 (気管内挿管 有・無) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 []
入院の理由となった 主な疾患名	
薬剤の投与歴	・ 現在使用中または最近まで使用していた抗菌薬 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : [薬剤名:]) ・ 入院初期に投与した抗菌薬 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : [薬剤名:])
抗菌薬感受性結果 (施設での感受性結果) ※感受性測定結果は、 各施設の判定用紙も 添付してください	・ イミペネム (IPM) : <input type="checkbox"/> 耐性(R) [MIC ($\mu\text{g/ml}$)、ディスク (mm)]、 <input type="checkbox"/> 中間 (I)、 <input type="checkbox"/> 感性(S) ・ アミカシン (AMK) : <input type="checkbox"/> 耐性(R) [MIC ($\mu\text{g/ml}$)、 ディスク (mm)]、 <input type="checkbox"/> 中間 (I)、 <input type="checkbox"/> 感性(S) ・ シプロフロキサシン (CPF) : <input type="checkbox"/> 耐性(R) [MIC ($\mu\text{g/ml}$)、 ディスク (mm)]、 <input type="checkbox"/> 中間 (I)、 <input type="checkbox"/> 感性(S)
転 帰	<input type="checkbox"/> 経過観察中・ <input type="checkbox"/> 軽快・ <input type="checkbox"/> 治癒・ <input type="checkbox"/> 後遺症有り・ <input type="checkbox"/> 死亡 (原因)
主治医等からの埼玉県衛生研究所への連絡事項	

[主治医・保健所等記載欄]

発生の状況	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 院内感染 <input type="checkbox"/> 散發・ <input type="checkbox"/> 地域流行・ <input type="checkbox"/> 家族内発生 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)・ <input type="checkbox"/> 集団発生 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 発生市区町村 () (集団発生の場所： <input type="checkbox"/> 保育所・ <input type="checkbox"/> 幼稚園・ <input type="checkbox"/> 小学校・ <input type="checkbox"/> 中学校・ <input type="checkbox"/> 高校・ <input type="checkbox"/> 大学・ <input type="checkbox"/> 宿舎、寮・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 老人ホーム〔介護施設を含む〕・ <input type="checkbox"/> 福祉、養護施設・ <input type="checkbox"/> 旅館、ホテル・ <input type="checkbox"/> 飲食店 ・ <input type="checkbox"/> 事業所・ <input type="checkbox"/> 海外ツアー・ <input type="checkbox"/> 国内ツアー・ <input type="checkbox"/> その他 [])	
最近の海外渡航歴	有 無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (国名：)
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
海外医療機関の受診歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (国名：)、 入院歴 ()	
ワクチン接種歴 (当該疾患に係るもの)	(無、有、不明) ワクチン名 最近の接種年月日 年 月 日 (Lot No.)	

* 医療機関（民間検査所含む）で病原体を分離した場合は衛生研究所への分離株の送付をお願いします

[埼玉県衛生研究所記載欄]

記 載 者 名		
抗体検出 方法	(蛍光、I P、E L I S A、C F、H I、P A、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他)	
結果	()	
病 原 体 検 出	検 出 年 月 日	年 月 日
	検 出 方 法 [陽性となった方法を ○で囲んで下さい]	・分離培養 (培養細胞：細胞名〔下記のとおり 人工培地、発育鶏卵、動物、その他) ・抗原検出(蛍光、E I A、R P H A、L A、P A、I C〔イムノクロマト〕、凝集反応、その他) ・遺伝子検出 1. 非増幅 (〔ハイブリ、P A G E、その他]) 2. 増幅 (〔P C R、P C R+ハイブリ、P C R+シーケンス、L A M P、その他]) ・電顕 ・鏡検
	検 出 病 原 体 (群、型、亜型)	

[その他特記事項]

--