

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）

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
5 診断方法
6 初診年月日
7 診断（検案）年月日
8 感染したと推定される年月日
9 発病年月日（*）
10 死亡年月日（※）
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）
②感染地域（確定・推定）
③90日以内の海外渡航歴（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。）