

福岡県感染症発生動向調査通報票(基幹定点-2-)

週報

定点観測機関名

調査期間 年 月 日(月) ~ 月 日(日)

ID 番号	性	年齢		疾病名	検査年月日			検体採取部位☆
		年	月齢		年	月	日	
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				
11				1 2 3				
12				1 2 3				
13				1 2 3				
14				1 2 3				
15				1 2 3				

☆検体採取部位(番号を記載; 9. では部位を記載して下さい)

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。

1. 血液	2. 腹水	3. 胸水	4. 髄液	[通常は無菌的であるべき臨床検体]
5. 喀痰	6. 膿	7. 尿	8. 便	[無菌的ではない検体]
9. その他(記載して下さい)				

1: メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

検査方法	検査材料
菌の分離による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、オキサシリンのMIC $\geq 4\mu\text{g/ml}$ 、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径10mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
菌の分離による病原体の検出、かつ、感染症の起原菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、オキサシリンのMIC $\geq 4\mu\text{g/ml}$ 、又はオキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径10mm以下)	喀痰、膿、尿、便、無菌的ではない検体

2: ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

検査方法	検査材料
菌の分離による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、ペニシリンのMIC $\geq 0.125\mu\text{g/ml}$ 又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径19mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
菌の分離による病原体の検出、かつ、感染症の起原菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、ペニシリンのMIC $\geq 0.125\mu\text{g/ml}$ 又は、オキサシリンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径19mm以下)	喀痰、膿、尿、便、無菌的ではない検体

3: 薬剤耐性緑膿菌感染症

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出(敗血症・心内膜炎、腹膜炎、胸膜炎、髄膜炎、骨髄炎)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。 ア イミペネムのMIC $\geq 16\mu\text{g/ml}$ 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$ 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC $\geq 4\mu\text{g/ml}$ 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下)	血液、腹水、胸水、髄液、通常は無菌的であるべき臨床検体
分離・同定による病原体の検出、かつ、感染症の起原菌と判定された場合(呼吸器感染症、肝・胆道系感染症、創傷感染症、腎盂腎炎・複雑性尿路感染症、扁桃炎、細菌性中耳炎・副鼻腔炎、皮膚・軟部組織感染症)及び以下の検査室での判断基準を満たすもの(検査室での判断基準は、以下の3つの条件を全て満たした場合である。 ア イミペネムのMIC $\geq 16\mu\text{g/ml}$ 又は、イミペネムの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC $\geq 32\mu\text{g/ml}$ 又は、アミカシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC $\geq 4\mu\text{g/ml}$ 又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク(KB)の阻止円の直径が15mm以下)	喀痰、膿、尿、便、無菌的ではない検体

(※) 3について:

イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

福岡県感染症発生動向調査通報票(基幹定点-3-)

週報

(インフルエンザによる入院患者の報告)

定点観測機関名 _____

調査期間 年 月 日(月) ~ 月 日(日)

ID番号	性	年齢(0歳は月齢)				入院時の患者対応						診断結果					備考	
		年	月	日	月齢	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	迅速キット			PCR	ウイルス分離		その他
												A	B	AB				
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		

<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)を報告して下さい。
- 入院した患者の最初の週(月~日)の状況を報告して下さい。同一患者の次週以降の報告は必要ありません。
- 患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入して下さい。
- 診断結果については、該当する欄に○、あるいは判明したウイルス型名を記入して下さい。
- インフルエンザによる入院患者がいない場合でも、0報告で上げて下さい。

通信欄 ※特記事項がある場合はご記入下さい。

<届出基準(基幹定点における場合)> ※医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準「28 インフルエンザ」より抜粋
ア 入院患者

指定届出機関(基幹定点)の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、(3)①のすべてを満たすか、(3)①のすべてを満たさなくても(3)②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した患者のうち、入院をしたものについて、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(2) 臨床的特徴

上気道炎症状に加えて、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛を伴うことを特徴とする。流行期(我が国では、例年11月~4月)にこれらの症状のあったものはインフルエンザと考えられるが、非流行期での臨床診断は困難である。合併症として、脳症、肺炎を起こすことがある。

(3) ①届出のために必要な臨床症状(4つ全てを満たすもの) (3) ②届出のために必要な検査所見

ア 突然の発症 イ 高熱 ウ 上気道炎症状
エ 全身倦怠感等の全身症状

検査方法	検査材料
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液

福岡県感染症発生動向調査通報票(基幹定点-4-)

週報

(COVID-19 による入院患者の報告)

定点観測機関名 _____

調査期間

年

月

日(月) ~

月

日(日)

	ID 番号	性	年齢(0歳は月齢)		入院時の患者対応			備考
			年	月齢	ICU入室	人工呼吸器の利用	いずれにも該当せず	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

<記載上の留意>

- COVID-19と診断した患者のうち、新規に入院をした患者(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。
- ICU入室とは、「特定集中治療管理料」「救命救急入院料」を算定した場合に限る。
- 人工呼吸器の利用とは、気管挿管による人工呼吸器の利用、またはECMOを使用した場合に限る。

通信欄 ※特記事項がある場合はご記入下さい。
