

感染症発生動向調査（基幹定点）

調査期間 平成 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 *	病原体名称 (検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法 **	検体名
1			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
2			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
3			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
4			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
5			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
6			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
7			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
8			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
9			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
10			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	

*** 疾病名**

- 1: 細菌性髄膜炎
- 2: 無菌性髄膜炎 (真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む)
- 3: マイコプラズマ肺炎
- 4: クラミジア肺炎 (全数届出疾患のオウム病を除く)

**** 病原体検査方法**

- 1: 分離・同定 2: 抗原検出 3: 核酸検出 (PCR・LAMP等)
- 4: 塗抹検鏡 5: 電顕 6: 抗体検出
- 7: その他

<記載上の注意>

- ・ **細菌性髄膜炎および無菌性髄膜炎**: 病原体が判明している場合は、その病原体名 (複数検出された場合は、主要なもの 一種のみ記載)、その結果を得た病原体検査方法 (複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択) 及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください (病原体検査欄の記載は不要)。
- ・ **マイコプラズマ肺炎**: 病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *M. pneumoniae* と記載の上、病原体検査方法 (1、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択) 及びその検体名を記載してください。
- ・ **クラミジア肺炎**: 病原体検査診断が必須。病原体名称欄に *C. pneumoniae*、*C. trachomatis* を記載の上、病原体検査方法 (1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択) 及びその検体名を記載してください。