

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 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			1 2 3 4		1 2 3 4 5 6 7	
			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。