

MDRP（薬剤耐性緑膿菌感染症）聞き取り項目

記入者	※記入者の方に電話にて聞き取りを行います			記入日	年	月	日
医療機関名			医師の氏名			電話番号(※)	
診断した者の類型	☐ 患者(確定例) ☐ 保菌	年齢	歳	性別	※記入者に繋がる電話番号を記入してください		

検査情報	菌種	☐ <i>Pseudomonas aeruginosa</i>					
	耐性因子	☐ イミペネム MIC $\geq 16 \mu\text{g/ml}$ 以上又は、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 ☐ アミカシンの MIC $\geq 32 \mu\text{g/ml}$ 以上又は、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 ☐ シプロフロキサシンの MIC $\geq 4 \mu\text{g/ml}$ 以上又は、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					
	菌検出日	月 日 (検査事由) ☐ 入院時 ☐ 手術前後 ☐ 定期スクリーニング ☐ その他 ()					
	菌株	☐ 無 ☐ 有：検体の種類 ☐ 喀痰 ☐ 尿 ☐ 便 ☐ 膿 ☐ 血液 ☐ その他 ()					

患者情報	基礎疾患			合併症		
	現在の状況	☐ 入院 (☐ ICU等 ☐ 一般病棟) ☐ 転院 ☐ 外来 (☐ 在宅 ☐ 施設) ☐ 死亡				
	同居	☐ 無 ☐ 有 (構成：)				
	A D L	☐ 寝たきり ☐ 排泄介助 ☐ 車椅子 (☐ 自走可 ☐ 介助) ☐ その他 ()				
	発症90日以内の海外渡航歴	☐ 無 ☐ 有	(渡航地：) (期間：) (渡航先での入院歴： ☐ 無 ☐ 有)			
	入院中の場合					
	入院日	年	月	日	階・病棟	
	転棟	☐ 無 ☐ 有 (内訳：)				
	前医	☐ 無 ☐ 有：(医療機関名：) (期間：)				
	医療機器	☐ 無 ☐ 人工呼吸器 ☐ 中心静脈カテーテル ☐ 尿路カテーテル ☐ その他 ()				
その他の 渡航先での状況や治療の内容などを記載						

(入院のみ) 医療機関情報	状況	(本例以外の院内の保菌者・感染者) ☐ 無 ☐ 有 ☐ 検査・調査中				
	体制	(専従Ns. 等の院内感染対策者) ☐ 無 ☐ 有 (感染制御チームの設置) ☐ 無 ☐ 有 ((今回の発生を受けて) 院内感染対策委員会の開催) ☐ 無 ☐ 有 ☐ 予定 (頃)				
	実施した対策	☐ 隔離・コホート ☐ 担当者の固定化 ☐ 手指衛生の徹底 ☐ 面会・来院制限 ☐ 新規受入制限 ☐ 職員等への指導の強化 ☐ 環境清掃の強化 ☐ 監視培養： / ☐ 環境培養： / ☐ その他 ()				
	自由記載	医療機関の対応状況などを記載				