



福岡県医発第3474号（地）

平成29年 3月28日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

（公 印 省 略）

成人の侵襲性細菌感染症サーベイランス構築に関する

研究に係る調査票について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、標記研究事業につきましては、平成28年8月10日付福岡県医発第1355号（地）にて貴会宛てご連絡いたしました。

今般、国立感染症研究所感染症疫学センターより福岡県保健医療介護部を通じて、最新の調査票が参りました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会会員へご周知いただくとともに、引き続き対象疾病の分離菌株（血液、髄液などから分離）を最寄りの保健福祉（環境）事務所にご提供いただきますよう、併せて周知方よろしく願いいたします。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 田中泰之
会長 白石恒明

28保衛第3853号

平成29年3月14日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長

(保健衛生課感染症係)

成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの構築に関する研究
に係る調査票について

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研究事業につきましては、平成28年8月1日付28保衛第1251号により調査への協力を依頼しているところです。

今般、国立感染症研究所感染症疫学センターから、最新の調査票について提供がありましたので送付します。

つきましては、当該研究事業へ引き続き御協力いただきますよう、貴会会員に対し周知をお願いします。

なお、当該研究事業に御協力いただける場合には、調査票及び対象疾病の分離菌株（血液、髄液などから分離）を最寄りの保健福祉（環境）事務所に御提供いただきますよう、併せて周知をお願いします。

記

○送付資料

- ・ 侵襲性感染症調査票（Ver7.2017.1.24）
- ・ 劇症型溶血性レンサ球菌感染症調査票（第2版）

(担当)

福岡県保健医療介護部保健衛生課
感染症係 林田

TEL:092-643-3268

FAX:092-643-3282

侵襲性感染症調査票 (Ver7.2017.1.24) ※肺炎球菌・インフルエンザ菌

黄色部分は退院後に研究分担者から問い合わせさせて頂く場合があります。

記入日

年 月 日

発生動向調査ID	報告医師の氏名
報告医療機関名	

※保健所記入欄

性別	①男 ②女	診断時の年齢	歳
喫煙歴 (喫煙指数200以上)	①現在あり ②過去あり(現在禁煙) ③なし ④不明	入院日	年 月 日
アルコール多飲歴 *ありの場合(酒類/1日量)	①あり (/) ②なし ③不明	身長 (cm)	(cm)
入院の有無	①あり ②なし	体重 (kg)	(kg)
入院日数	日間	集中治療室(ICU)管理	①あり ②なし
転帰	①軽快 ②発症30日以内の死亡 ③不明	5歳以下の幼児との同居	①あり ②なし ③不明
合併症 (内容) *肺炎球菌・インフルエンザ菌 感染を原因とした	①あり () ②なし ③不明	長期施設入所 (療養施設、グループホーム、老健等)	①あり ②なし ③不明
後遺症 (内容) *肺炎球菌・インフルエンザ菌 感染を原因とした	①あり () ②なし ③不明	IPD、IHD発症10日以内の季節性インフル エンザの併発の有無	①あり ②なし ③不明

基礎疾患の有無(1つ選択可)	①あり ②なし ③不明
基礎疾患(内容) (複数選択可)	基礎疾患ありの場合: ①糖尿病 ②慢性心不全 ③心血管障害 ④慢性腎臓病 ⑤透析治療中 ⑥慢性肝疾患(肝硬変) ⑦気管支喘息 ⑧COPD ⑨間質性肺炎 ⑩陈旧性肺結核 ⑪HIV感染症(AIDS) ⑫治療中の固形癌() ⑬抗がん剤治療中 ⑭放射線治療中 ⑮治療中の血液癌() ⑯造血幹細胞移植() ⑰悪性腫瘍の既往() ⑱臓器移植() ⑲自己免疫性疾患() ⑳ステロイド治療中 ㉑免疫抑制剤治療中 ㉒生物製剤治療中 ㉓認知症 ㉔統合失調症 ㉕うつ病 ㉖脳梗塞(陳旧性含む) ㉗先天性無脾/低形成 ㉘脾臓摘出後 ㉙補体欠損症 ㉚その他あれば複数記載可()

肺炎球菌陽性となった検体 (複数選択可)	①血液 ②髄液 ③関節液 ④その他() →送付した菌株の分離検体 ①血液 ②髄液 ③関節液 ④その他()
病型(複数選択可)	①菌血症 ②髄膜炎 ③肺炎 ④関節炎 ⑤感染性心内膜炎 ⑥副鼻腔炎 ⑦中耳炎 ⑧椎体炎 ⑨胆のう炎 ⑩感染性大動脈瘤 ⑪胸膜炎 ⑫その他()
肺炎の場合の診断根拠 (複数選択可)	①胸部X線画像上の新たな陰影 ②胸部CT画像上の新たな陰影
肺炎の診断補助(複数選択可)	①下気道検体から培養陽性 ②下気道検体のグラム染色所見 ③尿中抗原陽性
髄膜炎の場合の診断根拠 (複数選択可)	①髄膜刺激症状など臨床症状 ②髄液培養陽性 ③髄液抗原陽性
PPSV23(最近5年間の接種) (ニューモバックスNP)	①あり ②なし ③不明 → ありの場合:接種日(平成 年 月頃)
PCV13(プレバナー13®)接種	①あり () ②なし ③不明 → ありの場合:接種日(平成 年 月頃)

(記入上の注意)

・感染症発生動向調査の届出用紙と突合できるよう、届出IDを必ずご確認ください。

・血清型別の結果につきましては、後日、本用紙にてご回答申し上げます。

・ワクチンの接種状況が不明の場合には、本人に再度ご確認の上、ご記入ください。

特に肺炎球菌ワクチンの接種状況については、発生動向調査にも補足頂いた上で届出をお願い申し上げます。

報告(血清型診断結果)

※国立感染症研究所での最終結果は書面にて御担当の先生にご報告申し上げます。

劇症型溶血性レンサ球菌感染症調査票(第2版)

■自治体関係者等記入欄

第1版: 2016年 8月15日作成
第2版: 2017年 1月24日作成

発生動向調査ID

感染症発生動向調査の届出用紙と突合できるよう、発生動向調査IDが記載されていることをご確認ください。

■以下、✓もしくは必要事項の記入をお願い致します。

記入日

年 月 日

報告医療機関名		報告医師の氏名	
性別	☐ 男 ☐ 女	診断時の年齢	()歳
身長	(cm)	体重	(kg)
居住地	()都・道・府・県	長期施設入所(療養施設、グループホーム、老健等)	☐ あり ☐ なし ☐ 不明
職業	☐ あり(詳細:) ☐ 無職 ☐ 不明	入院前のADL	☐ 自立 ☐ 要支援・介護 ☐ その他()
15歳以下の小児との同居	☐ あり、人数・年齢()人/それぞれ()歳 ☐ なし ☐ 不明	ペット飼育・動物への接触歴	☐ あり、動物の種類() ☐ なし ☐ 不明
本人及び家族の咽頭炎発症歴	☐ あり、発症時期()、誰が() ☐ なし ☐ 不明	発症前の季節性インフルエンザの併発	☐ あり、時期() ☐ なし ☐ 不明
発症前の水痘の併発	☐ あり、発症時期() ☐ なし ☐ 不明	発症前のNSAIDsの内服	☐ あり、薬剤名()、時期() ☐ なし ☐ 不明
アルコール飲酒歴	☐ あり、種類()、頻度(/週)、量(/日) ☐ なし ☐ 不明	発症前の外科的手術	☐ あり、時期()、術式() ☐ なし ☐ 不明
発症前の妊娠・出産	☐ 発症時妊娠中 ☐ 出産後、出産時期() ☐ なし ☐ 不明	1週間以内の生食歴(不十分な加熱調理を含む)	☐ 豚肉、時期() ☐ 魚介類、時期() ☐ なし ☐ 不明
発症前の外傷歴	☐ あり、外傷部位()、傷の状態(☐ 開放創 ☐ 閉鎖創(打撲・打ち身・捻挫など)、発症()日前 ☐ なし ☐ 不明		

基礎疾患の有無	☐ あり ☐ なし ☐ 不明
---------	---

■上記質問で、「基礎疾患あり」と回答した場合には、下記「基礎疾患の詳細」の当てはまるものすべてに✓をお願いします。
「基礎疾患なし」もしくは「不明」と回答した場合には「臨床像について」に進んで下さい。

基礎疾患の詳細 (複数選択可)	☐ 慢性心不全	☐ 四肢浮腫(リンパ浮腫含む)	☐ 免疫抑制療法中
	☐ 心筋梗塞、大血管疾患	☐ 褥瘡	⇒ ☐ ステロイド
	☐ 末梢血管疾患(ASOなど)	☐ その他の慢性皮膚疾患(詳細:)	☐ ステロイド以外の免疫抑制剤
	☐ 慢性呼吸器疾患(COPD、喘息など)	☐ 血液疾患(詳細:)	☐ 生物製剤
	☐ 慢性肝疾患(肝硬変含む)	☐ HIV感染症(AIDS)	☐ 完治した悪性腫瘍(診断:)
	☐ 慢性腎臓病(CKD)	☐ 膠原病・自己免疫疾患(診断:)	☐ その他(複数記載可)
	☐ 透析療法中	☐ 固形臓器移植後(臓器:)	
	☐ 糖尿病	☐ 治療中の固形臓器癌(診断:)	
	☐ 脳血管障害	☐ 治療中の血液悪性腫瘍(診断:)	
	☐ 四肢麻痺(部位:)	☐ 抗がん剤治療中	
	☐ 精神疾患(認知症、うつなど)	☐ 放射線治療中	
	☐ アトピー性皮膚炎	☐ 造血幹細胞移植後	

臨床像について (複数選択可)	☐ 咽頭炎・扁桃炎	☐ 骨髄内炎症性疾患
	☐ 喉頭蓋炎	☐ 産褥期菌血症
	☐ 深頸部及び縦隔膿瘍	☐ 蜂窩織炎(部位:)
	☐ 肺炎及び肺化膿症	☐ 壊死性筋膜炎(部位:)
	☐ 膿胸	☐ その他の皮膚軟部組織感染症
	☐ 髄膜炎	⇒詳細()
	☐ 感染性心内膜炎	☐ 化膿性関節炎
	☐ 心外膜炎	☐ 骨髄炎
	☐ 腹膜炎	☐ 感染臓器不明の菌血症
	☐ 腹腔内膿瘍(肝膿瘍など含む)	☐ その他
	☐ 子宮内感染	⇒詳細()

治療開始前の血液培養	☐ 実施した ☐ 実施しなかった
溶連菌培養陽性検体 (複数選択可)	☐ 血液 ☐ 髄液 ☐ 胸水 ☐ 腹水 ☐ 心嚢液 ☐ 関節液 ☐ 生検組織(部位:) ☐ 軟部組織 ☐ 喀痰 ☐ 咽頭 ☐ その他()
溶連菌 血清群・菌種	☐ A群 ☐ B群 ☐ C群 ☐ G群 ☐ その他(菌名など:) ☐ 不明
複合感染の有無 (複数選択可)	☐ あり、菌名()、培養陽性検体() ☐ なし
発症日	年 月 日 初診日 年 月 日 入院日 年 月 日
最終的な転帰※	☐ 軽快 ☐ 死亡(年 月 日) ☐ 不明 集中治療室(ICU)管理 ☐ あり、日数(日間) ☐ なし
クリンダマイシンの使用	☐ あり ☐ なし ☐ 不明 免疫グロブリンの使用 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明
外科的介入の有無 (複数回答可)	☐ 切開・デブリドマンあり 時期() 部位() ☐ 四肢切断あり 時期() 部位() ☐ なし ☐ 不明 予測される溶連菌の侵入門戸 ☐ 推定() ☐ 侵入門戸不明

※転帰の記入上の注意点

- ・軽快とは治癒や、病状が安定して生存したことを意味します。
- ・ご報告時に「不明」の場合には研究分担者から問い合わせさせていただきます。

■検体検査の結果につきましては、後日、別紙にてご回答申し上げます。

28保衛第1251号

平成28年8月1日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(保健衛生課感染症係)



成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの構築に関する研究について

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、このことにつきまして、厚生労働省健康局結核感染症課から別添（写）のとおり協力依頼がありましたのでお知らせします。

つきましては、当該研究事業への協力について、貴会会員に対し周知いただきますようお願いいたします。

なお、当該研究事業に御協力いただける場合には、下記対象疾病の分離菌株（血液、髄液などから分離）及び症例の追加の臨床情報（別紙調査票）を最寄りの保健福祉（環境）事務所に御提供いただきますよう、併せて周知をお願いします。

記

1 対象疾病

- ①侵襲性肺炎球菌感染症
- ②侵襲性インフルエンザ菌感染症
- ③侵襲性髄膜炎菌感染症
- ④劇症型溶血性レンサ球菌感染症

※③及び④については、9月以降に追加される予定です。

2 研究期間（予定）

平成28年7月～平成31年3月

（担当）

福岡県保健医療介護部保健衛生課
感染症係 林田

TEL:092-643-3268

FAX:092-643-3282

事 務 連 絡

平成 28 年 7 月 19 日

{ 福 岡 県
北九州市
福 岡 市
久留米市
大牟田市 }

衛生主管部 (局)
感染症対策担当課 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの構築に関する研究について (協力依頼)

標記について、平成 25 年度から平成 27 年度にかけて、研究事業「成人の重症肺炎サーベイランス構築に関する研究」(研究代表者：大石和徳) に対して、分離菌株 (血液、髄液などから分離) 及び追加の臨床情報を提供していただくよう、貴自治体から医療機関へ協力を依頼していただいていたところです。

今般、上記研究事業に代わり、侵襲性肺炎球菌感染症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、劇症型溶血性レンサ球菌感染症の 4 疾病に関して、感染症発生動向に対応する病原体情報の収集等を目的として、「厚生労働科学研究費補助金 (新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業)」において、「成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの構築に関する研究」(研究代表者：大石和徳) を実施することとなりました。

なお、研究期間は平成 28 年 7 月から平成 31 年 3 月を予定しています。

つきましては、本研究事業に対して、上記期間における分離菌株 (血液、髄液などから分離) 及び症例の追加の臨床情報をご提供いただけるよう、医療機関に協力を依頼していただきますようよろしくお願いします。

なお、本件の詳細については、下記にお問い合わせ願います。

記

研究課題名：「成人の侵襲性細菌感染症サーベイランスの構築に関する研究」

研究代表者：大石 和徳 (おおいしかずのり)

研 究 機 関：国立感染症研究所 感染症疫学センター

連 絡 先：電話番号：03-5285-1111 (内線 2501)

F A X：03-5285-1129



侵襲性感染症調査票 ※肺炎球菌・インフルエンザ菌

厚生労働省指定研究班

記入日

年 月 日

●発生動向調査ID

報告医師の氏名

報告医療機関名

性別	①男 ②女
院内ID(カルテ番号)	
喫煙歴	①あり(本/日、年間) ②なし
アルコール多飲	①あり ②なし
入院・外来の別	①入院 ②外来
★転帰(入院の場合)	①軽快 ②死亡 ③転院
★合併症(ある場合)	
★後遺症(ある場合)	

診断時の年齢	歳 ヶ月
生年月日	年 月 日
身長(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)
★入院日数(入院の場合)	日間
★退院(死亡)日	年 月 日
人工呼吸器管理	①あり ②なし
集中治療室(ICU)管理	①あり ②なし

基礎疾患 (複数選択可)	・ 無脾症・脾低形成 (有・無) → 有の場合、その理由 (脾臓摘出・先天性・その他) ・ 免疫不全 (有・無) → 有の場合、その理由(複数選択可): □自己免疫疾患(内容:) - ステロイドの投与(有・無) 生物学的製剤の投与(有・無) □悪性腫瘍(内容:) 抗がん剤の投与 (有・無) □臓器・骨髄移植(内容:) 免疫抑制剤の投与 (有・無) □免疫不全を来す疾患(内容:) ・ その他の基礎疾患 (有・無)
-----------------	--

病型(ひとつ選択)	①敗血症 ②髄膜炎 ③菌血症を伴う肺炎 ④菌血症を伴う髄膜炎 ⑤関節炎 ⑥菌血症を伴う関節炎 ⑦肺炎と菌血症を伴う髄膜炎 ⑧その他()
肺炎の場合の診断根拠 (複数選択可)	①胸部X線画像 ②胸部CT画像 ③画像診断なし(臨床診断) ④気道検体から培養陽性
髄膜炎の場合の診断根拠 (複数選択可)	①髄膜刺激症状など臨床症状 ②血液培養陽性 ③髄液培養陽性 ④髄液抗原陽性
合併したウイルス感染 (複数選択可)	①インフルエンザウイルス感染 (有・無) 診断根拠 (迅速キット・その他) ②その他()
初期治療 (複数選択可)	①抗菌薬 (有・無) (詳細:) ②その他 ()

インフルエンザウイルス ワクチン接種歴	・ 直近1年間の接種 (有・無) → 有の場合: 接種日(年 月頃)
成人用肺炎球菌ワクチン (ニューモバックスNP)接種歴	・ 直近5年間の接種 (有・無) → 有の場合: 接種日(年 月頃)

(記入上の注意)

- ・ ●印以外の部分についてご記入ください。なお、★につきましては退院時等に追記していただき、届出保健所へ再度提出をお願いいたします。
- ・ 検体検査の結果につきましては、後日、本用紙にてご回答申し上げます。
- ・ ワクチンの接種状況が不明の場合には、本人に再度ご確認の上、ご記入ください。
- ・ 特に肺炎球菌ワクチンの接種状況については、発生動向調査にも補足頂いた上で届出をお願い申し上げます。

報告(血清型診断結果)

※国立感染症研究所での解析結果を主治医の先生にご報告申し上げます。