

## 感染症デ일리サーベイランス 参加申込書

		申込日	令和	年	月	日						
申込区分	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 変更 (名称、住所、連絡先、種別等)											
フリガナ												
代表者名												
フリガナ												
施設名称 (60文字まで)												
施設種類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所		機関コード									
住所	〒      -		島根県									
代表電話	(      )      -		代表FAX		(      )      -							
感染症デ일리サーベイランスの入力に協力して頂ける種別に○を付けてください。												
種別	インフルエンザ	麻しん 風しん	小児科	眼科	STD	髄膜炎	肺炎	薬剤耐性菌	基幹定点 報告※1			

※各種別の対象となる感染症は【裏面】をご覧ください。

※「感染症発生動向調査」**定点医療機関**の方は「感染症発生動向調査」で指定されている  
 定点種別および、追加で協力して頂ける種別を選択してください。

※1 感染症発生動向調査指定届出(定点)医療機関で且つ「**基幹定点**」の医療機関において  
本サービスを利用して報告を希望される医療機関。

**<島根県医師会使用欄>**

Daily入力開始日	令和      年      月      日 ~								
発生動向調査への報告	<input type="checkbox"/> する ( <input type="checkbox"/> 年齢自動振分 ) <input type="checkbox"/> しない								
NESIDコード									
<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> 基幹									

受付 審査	年      月      日	システム 登録	年      月      日	備      考
----------	-----------------	------------	-----------------	----------

## 対象となる感染症

定点種別	感染症
インフルエンザ	インフルエンザ（A型）
	インフルエンザ（B型）
	インフルエンザ（臨床診断のみ）
麻疹／風しん	麻疹様疾患
	風しん様疾患
	麻疹
	風しん
小児科	R Sウイルス感染症
	咽頭結膜熱
	A群溶連菌咽頭炎
	感染性胃腸炎（ロタウイルス）
	感染性胃腸炎（臨床診断のみ）
	水痘
	手足口病
	伝染性紅斑
	突発性発しん
	百日咳
	ヘルパンギーナ
	流行性耳下腺炎
	眼科
流行性角結膜炎	
STD	性器クラミジア感染症
	性器ヘルペスウイルス感染症
	尖圭コンジローマ
	淋菌感染症
髄膜炎	細菌性髄膜炎
	無菌性髄膜炎
肺炎	マイコプラズマ肺炎
	クラミジア肺炎
薬剤耐性菌	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
	薬剤耐性緑膿菌感染症
	薬剤耐性アシネトバクター感染症
基幹（※1）	細菌性髄膜炎
	無菌性髄膜炎
	マイコプラズマ肺炎
	クラミジア肺炎
	感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスによるものに限る）
	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
薬剤耐性緑膿菌感染症	