

検出菌一覧

病院 細菌検査室 報告日 20 年 月 日

	vpd ID (西暦の生年月日+ 姓→名の順でアルファベッ ト頭文字+入院回数)	性別	マイクロ バンク番号 (病院固有の アルファベット+ 連番)	診断名 ①髄膜炎 ②菌血症 ③その他の侵襲性 感染症(具体名)	検体名 ①血液 ②髄液	採取年月日	検出菌 ①肺炎球菌 ②インフルエンザ ③B群溶連菌	母親の 検体の 有無 ①有り ②無し	備考	院内検体 番号
例	091201-NY1	男	OZ-1	①	②	2010/1/23	①	②		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

- vpdID 末尾の入院回数と診断名は検査室にて把握可能な範囲でご記載下さい。院内検体番号を切り離してから沖縄事務局へ FAX して下さい。
- この用紙は各病院で保管して下さい。
- この用紙は下記ホームページよりダウンロードできます。

報告先：『おきなわ小児 VPD 研究会事務局』（沖縄県小児保健協会内）

FAX：098-963-4402

TEL：098-963-8462 MAIL：vpd アットマーク osh.or.jp HP：http://www.osh.or.jp/

事務局受付日	20 年 月 日
事務局管理番号	