

非結核性抗酸菌症のアンケート調査

- ・返信用封筒に切手を貼らずに、ご返信ください。
- ・FAX(03-3353-5958)及び回答用ホームページ(<https://www.ntm-survey.com/>)にてご返信頂いても構いません。

質問 1 2023年1月1日から12月31日までに貴施設で新たに診断された
診断基準(別紙参照)を満たす肺非結核性抗酸菌症例数 ()例

培養結果が陽性となった検体の提出日を診断日として下さい。該当症例がない場合でも必ず「0」をご記入ください。

(1回目の培養陽性の確認が紹介元など他院で同定した症例でも可)

質問 2 質問 1 での貴施設における診断例の内、判明している範囲での菌種名

● *M. avium* ()例

M. intracellulare ()例

上記の区別をしていない場合は

MAC ()例

● *M. kansasii* ()例

● *M. abscessus* ()例 (*M. massiliense*, *M. bolletii* を含む)

該当症例がない場合は必ず「0」をご記入ください。上記以外の菌種に関しては記載する必要はありません。

質問 3

同期間(2023年1月1日から12月31日まで)に診断された新登録結核患者数 ()例

同期間(2023年1月1日から12月31日まで)に診断された新登録肺結核患者数 ()例

結核発生届を活用してください。結核発生届の提出日を診断日として下さい。

「新登録結核患者数」には結核性胸膜炎や粟粒結核等の肺外結核も含まれます。潜在性結核感染症は含みません。該当症例がない場合でも必ず「0」をご記入ください。

質問 4 ここ5年間(2019年1月1日から2023年12月31日まで)に診断された播種性非結核性抗酸菌
患者数 ()例

該当症例がない場合でも必ず「0」をご記入ください。

播種性非結核性抗酸菌症の二次調査に協力しても良い→可・否 (どちらか一方に○をつけてください)

質問 5 その他、この調査に関するご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

ご回答いただいた内容について、調査担当者からお問い合わせさせていただく場合がございます。

下記の情報についてもご記入ください。

貴施設名

記載者名

電話番号(任意)

E-Mail アドレス(任意)

お問い合わせ先：AMED「非結核性抗酸菌症のサーベイランス」研究班 全国調査事務局
FAX:03-3353-5958 E-mail:ntmepidemiology@gmail.com