新型コロナウイルス感染症 発生届

都道府県知事(保健所設置市長・特別区長)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項(同条第8項において準用する場合を含む。) の規定により、以下のとおり届け出る。

			報告年月日	令和	年	月	日
医師の氏名							
従事する病院・診療所の名称							
上記病院・診療所の剤	听在地(※)						
電話番号(※)	()	_				
	(※病院・	診療所に従事!	ていたい医師にあってけ	その住所	- 雷託悉	是を記	裁)

			(※病院・診療所	斤に従い	事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)	1	
1	診断(検案)した者(死体)	の類型					
• 患	・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者(*) ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体						
(*) 疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生届の提出は不要。							
2	当該者氏名(フリガナ)	3 性別	4 生年月日	3	5診断時の年齢(0歳は月齢) 6 当該者職業		
		男・女	年 月	日	歳(か月)		
7	当該者住所				電話() 一		
8 当該者所在地 電話 () 一							
9	保護者氏名 10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)						
	電話() 一						
·							
11	11 ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 18 感染原因・感染経路・感染地域						
症	症 ・肺炎像 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸窮迫症候群 ①感染原因・感染経路(確定・推定)						
状							
	・下痢・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						
	•酸素飽和度(室内気):	接触感染(接触した人・物の種類・状況:					
l			·	1	,		

11	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状	18 感染原因・感染経路・感染地域
症	・肺炎像 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸窮迫症候群	①感染原因・感染経路(確定・推定)
状	・多臓器不全 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・嘔気/嘔吐	1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況:
	・下痢・・結膜炎・・嗅覚・味覚障害)
	•酸素飽和度(室内気): %	2 接触感染(接触した人・物の種類・状況:
	・その他()・症状なし	3 その他()
12	・分離・同定による病原体の検出	② 感染地域 (確定・推定)
	検体: 喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、	1 日本国内(都道府県市区町村)
= ∧.		2 国外(国
診	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、	詳細地域
断	剖検材料、その他(※複数の国又は地域該当する場合は全て記載すること。
方	検体採取日(月 日)	渡航期間(出国日年月日・入国日年月日
法	結果 (陽性・陰性)	国外居住者については、入国日のみで可)
		③ 新型コロナウイルスワクチン接種歴
	・検体から核酸増幅法(PCR 法 LAMP 法など)によ	1回目 有(歳)・無・不明 ワクチンの種類/製造会社(/ ・不明)
	る病原体遺伝子の検出	接種年月日(R 年 月 日・不明)
	検体:喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、	2回目 有(歳)・無・不明
	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、	ワクチンの種類/製造会社(/ ・不明)
		接種年月日(R 年 月 日·不明)
	剖検材料、その他(3回目 有(歳)・無・不明
	検体採取日(月 日)	ワクチンの種類/製造会社(/ ・不明)
	結果 (陽性・陰性)	接種年月日(R 年 月 日・不明)
		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療の
	・抗原定性検査による病原体の抗原の検出	ために医師が必要と認める事項
	検体:鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液	・届出時点の入院の有無(有・無)
	検体採取日(月 日)	入院例のみ(入院年月日 令和 年 月 日)
	結果 (陽性・陰性)	・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無)
	・抗原定量検査による病原体の抗原の検出	※有の場合は、以下から選択
		悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、
	検体:鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、唾液	高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、
	検体採取日(月日)	喫煙歴、その他(
	結果 (陽性・陰性)	・臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由に
		より免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無)

- 13 初診年月日 令和 日 年 14 診断(検案(※))年月日 令和 月 日 15 感染したと推定される年月日令和 年 月 日 発病年月日(*) 年 月 日 16 令和 17 死亡年月日(※) 令和 年 月 日
- 妊娠の有無(有・無)
- ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引 き」による。)(軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症)
- ・入院の必要性の有無(有・無)
- ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時限的・特 例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療 の有無(有・無)
- (1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。
- (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。