

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) 殿

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。

(*) 欄は、該当する番号を右側に記入

報告年月日	2	0			年			月			日
-------	---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

医師の氏名													
従事する病院・診療所の名称													
上記病院・診療所の所在地(※1)													
電話番号(※1)													※1 病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記入(電話番号はハイフンは含まない)

診断(検案)した者(死体)の類型(*)

1. 患者(確定例)、2. 無症状病原体保有者、3. 疑似症患者(※2)、4. 感染症死亡者の死体、5. 感染症死亡疑いの死体

※2 疑似症患者について、入院を要しないと認められる場合は、発生届の提出は不要

フリガナ												性別(*)									
												1. 男、2. 女、3. その他									
当該者氏名																					
生年月日(西暦)					年					月			日	診断時の年齢(※3)				歳			カ月
当該者所在地(※4)	〒				-									※3 月齢は0歳児のみ記入、右詰めに記入							
当該者電話番号(※5)														※4 届出時点で当該者が居住している住所を記入							
保護者氏名(※6)																					
保護者電話番号(※5,6)														※5 電話番号は、連絡が取れる番号(携帯電話番号を推奨)、左詰めに記入(ハイフンは含まない) ※6 保護者氏名および電話番号は、患者が未成年の場合のみ記入							

診断(検案)年月日	2	0			年					月			日
診断の根拠となった検体の採取年月日(※7)	2	0			年					月			日
発病年月日(有症状の場合)	2	0			年					月			日
死亡年月日(死亡者検案の場合)	2	0			年					月			日

※7 疑似症患者の検体採取年月日は、診断(検案)年月日を記入

ワクチン接種回数(※8)		回	直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日	2	0			年				月			日
直近に接種した新型コロナウイルスワクチン(*) (注) 下記以外のワクチン接種の場合は6. その他に記入															
1. ファイザー、2. モデルナ、3. アストラゼネカ、4. ノババックス、5. 不明															
6. その他															

※8 ワクチン接種回数が0の場合は「0」と記入し、不明の場合は「不明」と記入

重症化のリスク因子となる疾病等の有無 (注) 該当する番号の横に✓、下記以外のリスク因子があれば13. その他に記入																							
1. 悪性腫瘍、2. 慢性呼吸器疾患(COPD等)(※9)、3. 慢性腎臓病、4. 心血管疾患、5. 脳血管疾患、6. 喫煙歴、7. 高血圧、8. 糖尿病、9. 脂質異常症、10. 肥満(BMI30以上)、11. 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る免疫機能の低下、12. 妊娠																							
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
13. その他																							

※9 慢性閉塞性肺疾患、間質性肺疾患、肺塞栓症、肺高血圧、気管支拡張症等

届出時点の重症度(「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」による。)(*)											
1. 軽症、2. 中等症Ⅰ(呼吸不全なし)、3. 中等症Ⅱ(呼吸不全あり)、4. 重症、5. 無症状、											
届出時点の入院の必要性の有無(*)		届出時点の入院の有無(*)									
1. 有、2. 無		1. 有、2. 無									

下記の項目は、感染症法第15条に基づく調査として情報提供を求め、患者の療養調整や感染源の推定等に用いるものです。可能な限り、ご記入願います。

- ・当該者職業 ()
- ・当該者住所(所在地と異なる場合記載) () 電話: () - ()
- ・症状(該当に○、15は数値を記入): 1.発熱、2.咳、3.咳以外の急性呼吸器症状、4.肺炎像、5.重篤な肺炎、6.急性呼吸窮迫症候群、7.多臓器不全、8.全身倦怠感、9.頭痛、10.嘔気/嘔吐、11.下痢、12.結膜炎、13.嗅覚・味覚障害、14.咽頭痛、15.酸素飽和度(室内気) _____ %、16.その他()、17.症状なし
- ・診断の根拠となった検査種別(該当に○): 1.核酸増幅法、2.抗原定性検査、3.抗原定量検査、4.分離同定
- ・感染経路(該当に○)(確定・推定・不明)(飛沫感染・接触感染・その他[])
- ・感染源・状況等 ()
- ・感染地域(該当に○)(確定・推定・不明)
- 1 日本国内 (都道府県 区市町村) 場所名称 ()
- 2 国外(国: 詳細地域:)、出/入国日(20 . . . /20 . . .)
- ・自医療機関における健康観察実施の有無(該当に○)(有・無)

この届出は診断後直ちに行ってください