

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。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名

臨床診断の場合は、「疑似症患者」としてください。

病院・診療所の名称
 ・診療所の所在地(※)
 (※) ()

(※病院・診療所に従事していない医師 特に、医療介護従事者の場合 (記載) は記載をお願いします。)

1 診断（検案）した者（死体）の類型
 患者（確定例）・無症状病原体保有者・疑似症患者
 (*）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 5 診断時の年齢(0歳は月齢) 6 当該者職業

7 当該者住所 電話 () -

8 当該者所在地 携帯電話（スマートフォン）をお持ちの場合はその番号を記載ください。 電話 () -

9 保護者氏名 10 保護者の氏名(未成年者の場合のみ記入) 電話 () -

11 症状
 ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状
 ・肺炎像 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸窮迫症候群
 ・多臓器不全 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・嘔気/嘔吐
 ・下痢 ・結膜炎 ・嗅覚・味覚障害
 ・酸素飽和度（室内気）： %
 ・その他 () ・症状なし

12 診断方法
 ・分離・同定による病原菌の検出
 検査方法：症状により即時対応の必要性を判断するために必要です。 検体採取日 (月 日)
 結果 (陽性・陰性)

※疑似症の場合
 ○HER-SYS
 検査方法・検体・結果は“その他”選択
 検体採取日は診断日を指定
 自由記載欄に「臨床診断」と記載
 ○ファックスの場合
 余白に「臨床診断」と記載

18 感染原因・感染経路・感染地域
 ①感染原因・感染経路 (確定・推定)
 1 飛沫・飛沫核感染 (感染源の種類・状況 :)
 2 接触感染 (接触した人・物の種類・状況 :)
 3 その他 ()
 ② 感染地域
 1 日本国
 2 国外 (詳細地 :)
 ※複数の国又 渡航期 : 日
 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
 1 回目 有 (歳) ・無・不明
 ワクチンの種類/製造会社 (/ ・不明)
 接種年月日 (R 年 月 日 ・不明)
 2 回目 有 (歳) ・無・不明
 ワクチンの種類/製造会社 (/ ・不明)
 接種年月日 (R 年 月 日 ・不明)
 3 回目 有 (歳) ・無・不明
 ワクチンの種類/製造会社 (/ ・不明)
 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ために医師が必要と認める事項
 ・届出時点の入院の有無 (有・無)
 入院例のみ (入院年月日 令和 年 月 日)
 ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無 (有・無)
 ※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、
 高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満 (BMI30 以上)、
 喫煙歴、その他 ()
 ・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)
 ・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)

13 初診年月日 令和 年 月 日
 14 診断（検案(※)）年月日 令和 年 月 日
 15 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日
 16 発病年月日 (*) 令和 年 月 日
 17 死亡年月日 (※) 令和 年 月 日

(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。

この届出は診断後直ちに行ってください