

事 務 連 絡  
令和 2 年 4 月 2 2 日

各 { 都 道 府 県  
保健所設置市  
特 別 区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症  
対策推進本部

自宅療養を行う患者等に対するフォローアップにかかる  
健康観察票（英語版）の送付について

自宅療養を行う新型コロナウイルス感染症患者等（無症状病原体保有者を含む。）へのフォローアップに関しては、[「新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養時の感染管理対策について」](#)（令和 2 年 4 月 2 日付け事務連絡）において、「①電話等情報通信機器を用いて遠隔で、定期的に自宅療養中の患者の健康状態を把握するとともに、その患者からの相談を受ける体制及び②患者の症状が悪化した際に速やかに適切な医療機関を受診できる体制を整備する」ようお示しするとともに、[「自宅療養を行う患者等に対するフォローアップについて（補足）」](#)（令和 2 年 4 月 1 6 日付け事務連絡）において、健康観察票の様式をお示したところである。

今般、この健康観察票について、別紙のとおり英語版を作成したので、先にお示した日本語版と併せて必要に応じてご活用いただきたい。

なお、宿泊療養中の患者のフォローアップについても、日本語版と同様今回お示しする英語版を活用いただいで差し支えない。

（別紙） Follow-up health condition check sheet for a COVID-19 patient with mild/no symptoms

（参考）健康観察票（日本語版）

## Follow-up health condition check sheet for a COVID-19 patient with mild/no symptoms

別紙

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Patient Number :   |   | Address :  |  |  |  | TEL : - -                                    |  | Email : @                                    |  |  |
| Patient Name :   |   | Home recuperation starting date : (year/month/day) : / / |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Starting date of home recuperation  | Day _ of recuperation                                    | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        | Day _ of recuperation                        |
| Interview date and time  |   | / : / :  | / : / :                                      | / : / :                                      | / : / :                                      | / : / :                                      | / : / :                                      | / : / :                                      | / : / :                                      | / : / :                                      |
| Body temperature   |   | °C   | °C   | °C   | °C   | °C   | °C   | °C   | °C   | °C   |
| [Phlegm · cough] cough and phlegm getting more noticeable  |   | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
| [Shortness of breath] Feeling shortness of breath in everyday life<br>* Do activities of daily life cause shortness of breath? |   | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
| [Fatigue] suffering from reduced ability to do usual daily activities because of fatigue                                       |   | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
| [Nausea · vomiting] nausea or vomiting lasting for days  |   | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
| [Diarrhea] frequent diarrhea (three times or more a day)   |   | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
| [Consciousness]<br>Has a roommate or family member told you that you have been lethargic?                                      |   | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone)             | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) | No · Yes<br>· Hard to know<br>(living alone) |
| Other symptoms   | Unable to eat   | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
|  | no urination in a 12-hour period  | No · Yes   | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
|  | [Other symptoms]<br>(runny or stuffy nose, sore throat, conjunctival hyperemia, headache, joint aches, seizures, other noticeable symptoms) | No · Yes<br>(symptom)                                    | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     | No · Yes                                     |
| Findings   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Advised to see a doctor?   | Yes · No  | Yes · No   | Yes · No                                     | Yes · No                                     | Yes · No                                     | Yes · No                                     | Yes · No                                     | Yes · No                                     | Yes · No                                     | Yes · No                                     |
| Remarks  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Name of the hospital/clinic( if the patient has been referred to a hospital/clinic) :

Arrangement with the referred hospital/clinic (if any) :

Reviewed by : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_ TEL : - -

\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

参考

新型コロナウイルス感染症軽症者等の健康観察票

|                                       |  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 管理番号：                                 |  | 住所：                             |                                 |                                 |                                 | TEL： - -                        |                                 | Email： @                        |                                 |                                 |
| 患者氏名：                                 |  | 自宅療養を開始した日： 年 月 日               |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                                       | 自宅療養開始日  | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          | 開始後 日目                          |
| 日付及び聴取時間                              | / : / : / : / : / : / : / : / :  | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : | / : / : / : / : / : / : / : / : |
|                                       | :  | :                               | :                               | :                               | :                               | :                               | :                               | :                               | :                               | :                               |
| 体温                                    | °C   | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              |
|                                       | °C   | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              | °C                              |
| [喀痰・咳嗽] 咳やたんが、ひどくなっている                | いいえ・はい   | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
| [息苦しさ] 日常生活の中で息苦しさを感ずる<br>*動いた際に息苦しいか | いいえ・はい   | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
| [全身倦怠感] 起きているのがつらい                    | いいえ・はい   | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
| [嘔気・嘔吐] 嘔吐や吐き気が続いている                  | いいえ・はい   | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
| [下痢] 下痢が続いている（1日3回以上の下痢）              | いいえ・はい   | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
| [意識障害]<br>まわりから、ぼんやりしていると指摘された        | いいえ・はい<br>・同居者なく不明   | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              | いいえ・はい<br>・同居者なく不明              |
| その他                                   | 食事が食べられない  | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
|                                       | 半日で一度も尿が出ていない  | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
|                                       | その他の症状（鼻水・鼻づまり、のどの痛み、<br>結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、<br>けいれん、その他の気になる症状）<br>(具体の症状) | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          | いいえ・はい                          |
| 所見                                    |  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 受診<br>勧奨                              | 有・無  | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             | 有・無                             |
| 備考                                    |  |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |                                 |

紹介先医療機関名（紹介を行った場合）：  
\_\_\_\_\_

紹介先医療機関との調整状況（紹介を行った場合）：  
\_\_\_\_\_

確認者氏名： \_\_\_\_\_ 所属： \_\_\_\_\_ TEL： - - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_