

新型コロナウイルス感染症に係る 発生届様式の簡素化について

第85回(令和4年5月25日)
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザリーボード

参考資料4

事務局提出資料

- 新型コロナウイルス感染症について、感染者を診断した医師は、保健所長を経由して都道府県知事への全数届出が義務付けられているところ、HER-SYS（新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理システム）を通じた電子的な届出により、関係者の負担軽減を図っている。
 - しかし、この新型コロナウイルス感染症の発生届については、
 - ・ **医師が感染者に聞き取りを行って入力するため、飛沫・接触感染の別などは不明**の場合も多く（正確な情報を得ることが困難）、
 - ・ 医師等による届出の入力に一定の時間がかかるため、**感染者が急増した場合に入力に相当の時間**を要する
 など外来がひっ迫する一因となっている。
 - ⇒ このため、新型コロナウイルス感染症の発生届の届出項目について、**保健所等による健康観察の支援が適切に行われるために必要な項目に最小化し、様式を簡素化**することを通じて、**診療・検査医療機関の対応力強化**を行う。（改正省令を6月末に公布・施行予定）
- (注1) 今回の簡素化により、症状等の項目は、感染症法第12条の義務項目ではなくなるが、HER-SYS上、任意入力項目として引き続き入力可能とする予定。
また、従前からHER-SYS上で任意入力としている項目（感染場所・リンクの有無など）についても引き続き入力可能とする予定。
- (注2) 新たな変異株の出現等、必要が生じた場合には、今回の簡素化前の届出項目に速やかに戻すことができるように対応する。
- (注3) 届出様式はOCRソフトによる読取り可能なものに変更。

【簡素化のイメージ】

現行の届出項目	改正案
<ul style="list-style-type: none"> ○ 感染者の個人情報、医療機関情報 <u>○ 症状（発熱、咳、頭痛などの有無）</u> <u>○ 診断方法（検査方法（PCR/定量/定性、鼻腔/鼻咽頭、検体採取日））</u> <u>○ 初診年月日</u> ○ 診断年月日 <u>○ 感染したと推定される年月日</u> ○ 発病年月日 ○ 死亡年月日 <u>○ 感染原因・感染経路・感染地域</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 飛沫/接触感染の別、状況 ・ ワクチン接種歴（各回の接種年月日、ワクチンの種類） ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化リスク因子の有無 ・ 免疫機能が低下しているおそれや妊娠の有無 ・ 重症度（軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症） ・ 入院の必要性の有無 ・ <u>オンライン診療の有無</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 感染者の個人情報、医療機関情報 <u>○ 検体採取年月日</u> ○ 診断年月日 ○ 発病年月日 ○ 死亡年月日 ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>ワクチン接種歴（回数、直近の接種年月日・ワクチンの種類）</u> ・ 重症化リスク因子の有無（<u>CDCや国内の報告を踏まえ、因子を追加</u>） ・ 免疫機能が低下しているおそれや妊娠の有無 ・ 重症度（<u>無症状・軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症</u>） ・ 入院の必要性の有無

新型コロナウイルス感染症 発生届

改正案

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、該当する番号を右欄に記入	報告日年月日	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(※)												
電話番号(※)												

※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載

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(※)、4. 感染症死亡者の死体、5. 感染症死亡疑い者の死体	

※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		診断時の年齢(※)				歳			カ月			
当該者氏名								性別(*)				
								1. 男、2. 女、3. その他				
生年月日(西暦)					年			月			日	※月齢は0歳児のみ記入 ※右詰めに記入
当該者所在地の住所	〒					-						
当該者電話番号(※)											※電話番号は左詰めに記入し、ハイフンは含まない ※電話番号は連絡が取れる番号を記入(携帯電話番号を推奨)	
保護者氏名(※)												
保護者電話番号(※)												

※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	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

直近のワクチン接種年月日	2	0			年			月			日		
直近の接種ワクチン(*) (注)下記以外のワクチン接種の場合は6.その他に記入											ワクチン接種回数		回
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													

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)(※)、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																							

※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

発生届出時点の重症度(「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

この届出は診断後直ちに行ってください

新型コロナウイルス感染症 発生届

現行

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 _____
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地(※) _____
 電話番号(※) () - _____

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

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（*） ・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	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 () -				
8 当該者所在地	電話 () -				
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 () -			

11 症状	<ul style="list-style-type: none"> 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 	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 (確定・推定) 1 日本国内 (都道府県 市区町村) 2 国外 (国 詳細地域) ※複数の国又は地域該当する場合は全て記載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 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)
	12 診断方法 <ul style="list-style-type: none"> 分離・同定による病原体の検出 検体: 喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他 () 検体採取日 (月 日) 結果 (陽性・陰性) 検体から核酸増幅法 (PCR法 LAMP法など) による病原体遺伝子の検出 検体: 喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他 () 検体採取日 (月 日) 結果 (陽性・陰性) 抗原定性検査による病原体の抗原の検出 検体: 鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、唾液 検体採取日 (月 日) 結果 (陽性・陰性) 抗原定量検査による病原体の抗原の検出 検体: 鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、唾液 検体採取日 (月 日) 結果 (陽性・陰性) 	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 <ul style="list-style-type: none"> 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限時的・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