

新型コロナウイルス感染症患者に係る対応について

平素は、本会事業の推進にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記に関しまして、大阪府より通知がありましたのでお知らせいたします。

新型コロナウイルス感染症については早期治療の重要性が明らかになり、患者を速やかに医療・療養に繋げることが求められています。

今般の大阪府通知は、保健所における迅速な療養決定及び患者への早期治療につなげるため、下記対応を改めて依頼するものです。併せて、保健所の迅速な患者情報の把握や健康観察の開始のため、HER-SYS導入についても検討が促されています。

貴会におかれましてはご了知の上、会員医療機関へのご周知をお願い申し上げます。

記

1) 発生届の記載の徹底（問い合わせ先：大阪府 06-6944-9156）

・発生届の情報は、保健所において患者への連絡や療養決定をする際の重要な情報となります。記載漏れ等により患者への対応が遅れる事例が発生していることから漏れないようにご記入いただきますようお願いします。

・特に以下の項目については、確実に記入されているか、今一度ご確認をお願いします。

【漏れが生じやすい項目】（別添参照）

・氏名フリガナ、所在地（現に居住している場所）、電話番号、症状※、職業、生年月日、診断年月日、発病年月日、ワクチン接種歴、重症化リスク、重症度など

※結果連絡時（直近）の症状については保健所への伝達事項として「特記事項欄（HER-SYS）」にご入力ください。なお、紙媒体の時には余白にご記入ください。

2) 患者へのMyHER-SYS（健康観察アプリ）の案内（問い合わせ先：大阪府 06-6944-9156）

・HER-SYSを導入している医療機関におかれましては、患者の健康観察を迅速に開始するため、HER-SYSで発生届を入力する際に「MyHER-SYSURL通知」にご協力ください。（別添参照）

3) 患者への抗体治療の案内（問い合わせ先：大阪府 06-6944-6028）

・新型コロナウイルス検査で陽性が判明し、入院の必要のない方で、抗体治療を希望される方については「大阪府抗体治療案内センター」（電話番号：06-7178-1352／受付時間：平日9時から18時）をご案内ください。

・また、以下の大阪府ホームページでも抗体治療医療機関を確認可能。

[https://www.pref.osaka.lg.jp/iryu/2019ncov/fumin\\_koutai.html](https://www.pref.osaka.lg.jp/iryu/2019ncov/fumin_koutai.html)



## 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 \_\_\_\_\_  
 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 ( 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 <b>症状</b>	・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 <b>新型コロナウイルスワクチン接種歴</b> 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)		
12 <b>診断方法</b>	・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 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 ・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定的・ 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