別記様式７５

**新型コロナウイルス感染症**

□ 連絡票(外来患者)

□ 発生届(入院・確定患者)

和歌山市保健所長　様

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 | | | | | |
| ２　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 |
| 当該者氏名 |  | 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、１０は患者が未成年の場合のみ記入） | | | | | |
| ９　保護者  氏　名 |  | １０保護者住所  電話（　　　）　　　　－ | | | |

この届出は診断後直ちに行ってください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11  症  状 | ・発熱　　・咳　　・咳以外の急性呼吸器症状 | 18　感染原因・感染経路・感染地域 |
| ・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）：　　　　　　％ | ①感染原因・感染経路（　確定 ・ 推定　）  １　飛沫核・飛沫感染（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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| ・その他（　　　　　　　　　　　　　　）・症状なし | 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入すること。  渡航期間（出国日　　　年　 月　 日・入国日　　　年　 月　 日） |
| 12  診断方法 | ・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、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、唾液、 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  検体採取日：（　　　　月　　　　日　）  結果：（　　陽性　　・　　陰性　　）  実施機関：和歌山市衛生研究所、院内検査、  民間検査（医師会、その他（　　　　　　））  ・抗原定性検査（抗原キット）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　　） | 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 ） |
| ・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　　）  ・その他の検査（　　　　　　　　　　　　　　　　） | 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 ） |
| 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 | | ・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 ） |