

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。

|                    |       |   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|--------------------|-------|---|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| (*)欄は、該当する番号を右欄に記入 | 報告年月日 | 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(※1) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                      |
| 電話番号(※1)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※1病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記入(電話番号はハイフンは含まない) |

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| 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(※2)、4. 感染症死亡者の死体、5. 感染症死亡疑い者の死体 |  |

※2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           |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   |                                                                                  |  | 性別(*)            |  |   |  |  |    |
|                |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   |                                                                                  |  | 1. 男、2. 女、3. その他 |  |   |  |  |    |
| 当該者氏名          |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   |                                                                                  |  |                  |  |   |  |  |    |
| 生年月日(西暦)       |   |  |  |  | 年 |  |  |  | 月 |  |                      | 日 | 診断時の年齢(※3)                                                                       |  |                  |  | 歳 |  |  | カ月 |
| 当該者所在地(※4)     | 〒 |  |  |  | - |  |  |  |   |  | ※3 月齢は0歳児のみ記入、右詰めに記入 |   |                                                                                  |  |                  |  |   |  |  |    |
|                |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   |                                                                                  |  |                  |  |   |  |  |    |
| 当該者電話番号(※5)    |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   | ※4 届出時点で当該者が居住している住所を記入                                                          |  |                  |  |   |  |  |    |
| 保護者氏名(※6)      |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   |                                                                                  |  |                  |  |   |  |  |    |
| 保護者電話番号(※5, 6) |   |  |  |  |   |  |  |  |   |  |                      |   | ※5 電話番号は、連絡が取れる番号(携帯電話番号を推奨)、左詰めに記入(ハイフンは含まない)<br>※6 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(※7) | 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 |

※7 疑似症患者の検体採取年月日は、診断(検案)年月日を記入

|                                                      |  |   |                       |   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|------------------------------------------------------|--|---|-----------------------|---|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| ワクチン接種回数(※8)                                         |  | 回 | 直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日 | 2 | 0 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 直近に接種した新型コロナウイルスワクチン(*) (注) 下記以外のワクチン接種の場合は6. その他に記入 |  |   |                       |   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 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                                               |  |   |                       |   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |

※8 ワクチン接種回数が0の場合は「0」と記入し、不明の場合は「不明」と記入

|                                                                                                                                            |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |    |  |    |  |    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|----|--|----|--|----|--|
| 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)(※9)、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                                                                                                                                    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |    |  |    |  |    |  |

※9 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

|                                                    |  |               |  |
|----------------------------------------------------|--|---------------|--|
| 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