

「届け出が必要な方」の4類型

(該当の類型に○印を入れてください)

65歳以上

入院必要

治療必要

妊婦

告知(済・未)

別記様式6-1

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つては、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) ※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	症状(任意報告): ・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
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