

新型コロナウイルス感染症 疑似症患者を含む) 基本情報 臨床情報調査票

基本情報※

D

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名() 本人との関係()	調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -
3	診断分類：新型コロナウイルス感染症(患者(確定例)・無症状病原体保有者・疑似症患者)	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日

※3~17は発生届出票等より転記(4はNESIDへの登録後に記入)

18	患者氏名：	19	性別：男・女	20	生年月日： 年 月 日(歳 ヶ月)
21	国籍：	22	患者住所：		
23	患者電話番号：自宅 - - 携帯 - - 患者Email： @				
24	調査時点の患者の主たる所在： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 連絡先住所： 電話番号： - -				
25	職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等： 最終勤務・出席(勤)日(年 月 日)(児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること) 勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地： 勤務先/学校電話番号： - -				
26	本人以外(保護者等)の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 電話番号 自宅： - - 携帯： - -				
	妊娠	無・有	(妊娠 週)		
	喫煙	無・有	(歳から 本/日)		
	糖尿病	無・有			
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)	無・有	(具体的に)		
	腎疾患	無・有	(ありの場合、透析 あり・なし)		
	肝疾患	無・有	(具体的に)		
	心疾患	無・有	(具体的に)		
	神経筋疾患	無・有	(具体的に)		
	血液疾患(貧血等)	無・有	(具体的に)		
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む)	無・有	(具体的に)		
	悪性腫瘍(がん)	無・有	(具体的に)		
	その他()				

症状		※必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報も記入						
症状など		月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
最高体温 (°C)								
呼吸器 症状	咳嗽	無・有						
	呼吸困難	無・有						
	鼻汁・鼻閉	無・有						
	咽頭痛	無・有						
その他	嘔気・嘔吐	無・有						
	結膜充血	無・有						
	頭痛	無・有						
	全身倦怠感	無・有						
	関節筋肉痛	無・有						
	下痢	無・有						
	意識障害	無・有						
	けいれん	無・有						
	その他 ()	無・有						
症状など		月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
最高体温 (°C)								
呼吸器 症状	咳嗽	無・有						
	呼吸困難	無・有						
	鼻汁・鼻閉	無・有						
	咽頭痛	無・有						
その他	嘔気・嘔吐	無・有						
	結膜充血	無・有						
	頭痛	無・有						
	全身倦怠感	無・有						
	関節筋肉痛	無・有						
	下痢	無・有						
	意識障害	無・有						
	けいれん	無・有						
	その他 ()	無・有						
29	発病年月日時間(聞き取り調査による)		年	月	日	午前・午後	時	分頃
30	探知の契機： <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症届出症例 (類型: 患者(確定例)、無症状病原体保有者、疑似症例、その他) <input type="checkbox"/> 健康観察対象者(確定例ID: _____ 氏名: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)							
31	診断前の臨床経過・治療内容・その他特記事項等：							

32	入院：□無 □有（有の場合 入院期間 月 日～ 月 日）			
	入院医療機関名：		診療科名： 主治医名：	
	疑似症定点医療機関 該当 ・ 非該当			
	入院医療機関所在地：		連絡先：	
33	胸部X線 無 ・ 有（所見 ）			
34	胸部CT 無 ・ 有（所見 ）			
35	人工呼吸器使用の有無 無 ・ 有			
36	患者受診後の医療行為：			
	月日	医療機関名	医療行為	備考（検査・医療行為等の結果、等）
	/			
	/			
37	転帰 退院（退院日 年 月 日）		死亡（死亡日 年 月 日）	
38	その他の経過			

検査結果

39	新型コロナウイルスの検査				
	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設
			陰性・陽性・その他（ ）		
			陰性・陽性・その他（ ）		
			陰性・陽性・その他（ ）		
			陰性・陽性・その他（ ）		
40	新型コロナウイルス以外の検査				
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法 検査施設
	●培養検査 無 ・ 有 ・ 不明				
	ありの場合			陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
	●抗原検査 無 ・ 有 ・ 不明				
	インフルエンザウイルス			陰性・陽性	
	RSウイルス			陰性・陽性	
	アデノウイルス			陰性・陽性	
	肺炎球菌			陰性・陽性	
	レジオネラ			陰性・陽性	
	●その他検査法				
病原体名（ ）			陰性・陽性・その他（ ）		
病原体名（ ）			陰性・陽性・その他（ ）		
病原体名（ ）			陰性・陽性・その他（ ）		
自由記載欄					

新型コロナウイルス感染症患者行動調査票(感染源)※

(添付2)

NESID登録ID :

患者氏名 :

☆(共通)発症前の行動調査は、感染源を推定するために発症前14日間を目安に行う。職場、学校、医療機関、福祉施設等の人が集まる場所、密閉されかつ不特定多数の人が一定時間接触がある空間などの感染リスクが高い場所*に関する行動歴を中心に、症状がある人等との接触歴(対面で会話した等)とあわせて聞き取りする。発症2日前以降の行動歴については行動調査票(添付3-1)を使用すること。

*感染リスクが高い場所の例として：船、長距離バス、スポーツジム、屋内音楽ライブ、クラブ、立食パーティー、カラオケボックス、屋内展示会等の換気が悪く密閉された環境の集会への参加、流行地での滞在歴(国内・国外)が挙げられる。

発症日前	日付	時刻	場所	行動歴/接触歴	状況 (活動内容、他者との接触状況、イベント規模、体調不良者の有無等)	感染リスクの高い場所の同行者氏名	備考
記載例	6/Y	9時~12時 13時30分~ 17時頃	①〇〇駅近くのXXライブハウス TEL : 000-000-0000 ②△△県△△市 ③□□県◇◇町	①所属する営業2課の同僚とライブへ参加 ②〇×観光バスで移動 TEL : 999-999-9999 ③△△駅前で風症状のある友人(〇〇氏)と接触	①観客約300人、スタンディングで密集。 ②家族(妻、子供2人)を含めバスには20人程度で、乗客に体調不良者あり。 ③マスクの着用なしで30分ほど立ち話をした	①〇×部長、△□主任 ②〇〇太郎、□□花子、△△次郎	
発症14日前	/						
発症13日前	/						
発症12日前	/						
発症11日前	/						
発症10日前	/						
発症9日前	/						
発症8日前	/						
発症7日前	/						
発症6日前	/						
発症5日前	/						
発症4日前	/						
発症3日前	/						

※既に健康観察実施されていた患者の場合には行動(感染源)調査票(添付2)は必ずしも記載の必要はない。

新型コロナウイルス感染症患者行動調査票（接触者）

（添付3-1）

NESID登録ID：

患者氏名：

☆発症後の行動調査は、濃厚接触者を特定し、感染拡大を予防するために行う。原則として、診断されて症例として対応される直前までの行動について記載する。また、患者と同室であったり会話した者のうち、連絡や問い合わせが可能である者を優先的に記述する。

発症日より	日付	時刻	同居者以外の者との接触状況	接触場所	接触者氏名※	接触者の連絡先	備考
記載例	6/Y	9時～12時 13時30分～ 15時頃	①職場に出勤し、所属する営業2課の同僚と接触 ②取引先に移動し、対応した社員や商談した社員等と接触	①〇〇物産株式会社 TEL：000-000-0000 ②〇×貿易株式会社 TEL：999-999-9999	①〇〇太郎、□ □花子、△△次郎 ②〇×部長、△ □主任	①は全て〇〇物産株式会社 ②は全て〇×貿易株式会社	
発症2日前	/						
発症1日前	/						
発症日	/						
発症1日後	/						
発症2日後	/						
発症3日後	/						
発症4日後	/						
発症5日後	/						
発症6日後	/						
発症7日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						

接触者数が多数となる場合は、裏面の自由記載欄も活用して記載すること。

(添付3-2)
 新型コロナウイルス感染症患者の接触者リスト

患者ID

患者氏名：

調査者氏名：

接触者リスト (別途健康観察票 添付3-3により健康観察を行う)

接触者番号	よみがな氏名	続柄(関係)	年齢	性別	患者との最終接触日	基礎疾患※1	観察期間内の発症※2	連絡先(電話番号、メールアドレス等)	備考(接触状況等)
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		

※1：疾患は患者臨床症状調査票(添付1)の基礎疾患参照(「有」の際は備考欄に詳細記入)、※2：観察期間は患者との最終接触日から14日後までとし、「有」の際は患者として患者臨床症状調査票(添付1)により調査を行う。

新型コロナウイルス感染症患者の接触者における健康観察票

これは、管轄保健所が主体となつて行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目で終了してください。

接触者番号: 患者氏名:	観察対象者氏名:														住所:	TEL:	-	-
	患者との最終接触日時:														患者との関係:	Email:	@	
月日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目				
最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
呼吸器症状	咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他	結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
	下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	
その他																		
朝・夕の確認(確認手段(電話・面接等を記載))	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	
備考																		
確認者																		

保健所名: _____ 所在地: _____ 担当者: _____ TEL: _____ FAX: _____