

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※

ID

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	HER-SYS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HER-SYS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	接触確認アプリ（COCOA）への陽性登録の希望 有・無 ※希望者は優先してHER-SYSに登録し、速やかに処理番号を発行すること。 ※陽性と診断された時点で接触確認アプリを利用していなければ陽性登録をして接触者に通知することはできない。				
25	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： - -				
26	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： - -				
27	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： - -				
28	肥満（BMI 30以上）	無	有		
	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（)					

臨床経過等

ID _____

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						
31	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							
32	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 ()							
33	診断前の臨床経過・治療内容・その他特記事項等:							

ID _____

34	入院: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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:
35	胸部X線 無 ・ 有 (所見)
36	胸部CT 無 ・ 有 (所見)
37	人工呼吸器使用の有無 無 ・ 有

38	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）
	/			
	/			
39	転帰 退院（退院日 年 月 日） 死亡（死亡日 年 月 日）			
40	その他の経過			

検査結果

41	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（ ）		
42	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					