

令和2年5月13日

各 { 都道府県  
保健所設置市  
特別区 } 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局結核感染症課長

（公印省略）

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  
及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）

新型コロナウイルス感染症に関しては、「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和2年2月4日付け健感発0204第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知。以下「届出通知」という。）において、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（平成10年法律第114号。以下「法」という。）第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等をお示ししたところです。

今般、新型コロナウイルス感染症に関する現時点の知見及び検査方法の開発状況等に鑑み、届出通知における新型コロナウイルス感染症について別紙のとおり改正することとしました。当該改正の概要等については、下記のとおりですので、御了知いただくとともに、貴管内市町村、関係機関等へ周知いただき、その実施に遺漏なきようお願いいたします。

記

1 届出通知の別紙における「第7 指定感染症」の改正概要

(ア) (2) 臨床的特徴等について、症状等について5月13日時点の知見に基づき改正した。

(イ) (3) 届出基準について、

- ① 検査方法に「迅速診断キットによる病原体の抗原の検出」及び検査材料に「鼻咽頭拭い液」を追加した。
- ② 分離・同定による病原体の検出及び検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出の検査材料について、現時点における知見を踏まえ、病原体や病原体の遺伝子の検出頻度の高い検体を明記した。

なお、実際に新型コロナウイルス感染を疑う患者等に対する核酸増幅法にお

いて使用する検体については、引き続き、国立感染症研究所が作成している「2019-nCoV(新型コロナウイルス)感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」で示されている「検体送付の優先順位」に従って実施されたい。

(参考) 国立感染症研究所 2019-nCoV(新型コロナウイルス)感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2518-lab/9325-manual.html>

(ウ) (4) 感染が疑われる患者の要件のうち、「WHOの公表内容から」については、流行の実態を迅速かつ柔軟に反映させるため、WHOの公表内容に限らず、「新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域」を示すため修正をした。

(エ) (4) 感染が疑われる患者の要件として、「新型コロナウイルス感染症に関する行政検査について」(令和2年2月27日付け厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡。以下「2月27日事務連絡」という。)別紙において「1 検査対象者」となる場合を、新たに追加した。

## 2 適用日等

令和2年5月13日より適用する。

## 3 その他

(ア) 届出通知の別紙における「第7 指定感染症」の改正により、別段の定めが必要な場合については、別途通知等によりお知らせする。

(イ) 2月27日事務連絡は本日をもって廃止する。

新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」

改正後	現行
<p>(別紙) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1～6 (略)</p> <p>第7 指定感染症 1 (略) (1) (略) (2) 臨床的特徴等(2020年5月13日時点) 現時点で動物等の感染源については不明である。家族間、医療機関などをはじめとするヒト-ヒト感染が報告されている。2019年12月より中華人民共和国湖北省武漢市を中心として発生が<u>みられ</u>、世界的に感染地域が拡大している。 <u>臨床的な特徴としては、潜伏期間は1～14日(通常5～6日)である。主な症状は、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状であり、頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害等を呈する場合もある。</u>一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部 X 線写真、胸部 CT などで肺炎像が明らかとなる。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。</p> <p>(3)届出基準 ア～エ (略) オ 感染症死亡疑い者の死体 (略)</p>	<p>(別紙) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準</p> <p>第1～6 (略)</p> <p>第7 指定感染症 1 (略) (1) (略) (2) 臨床的特徴等(2020年2月2日時点) 現時点で動物等の感染源については不明である。家族間、医療機関などをはじめとするヒト-ヒト感染が報告されている。2019年12月より中華人民共和国湖北省武漢市を中心として発生が<u>みられており</u>、世界的に感染地域が拡大している。 臨床的な特徴としては、潜伏期間は<u>2～10日</u>であり、その後、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状が出現する。一部のものは、主に5～14日間で呼吸困難等の症状を呈し、胸部 X 線写真、胸部 CT などで肺炎像が明らかとなる。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。</p> <p>(3)届出基準 ア～エ (略) オ 感染症死亡疑い者の死体 (略)</p>

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、剖検材料、 <u>その他検査方法に適する材料</u>
検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出	
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	鼻咽頭拭い液

(4) 感染が疑われる患者の要件

患者が次のアからオまでのいずれかに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。

ア 発熱または呼吸器症状(軽症の場合を含む。)を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内に新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内に新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ (略)

オ アからエまでに掲げるほか、次のいずれかに該当し、医師が新型コロナウイルス感染症を疑うもの

- ・ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、入院を要する肺炎が疑われる(特に高齢者又は基礎疾患があるものについては、積極的に考慮する)
- ・ 新型コロナウイルス感染症以外の一般的な呼吸器感染症の病原体検査で陽性となった者であって、その治療への反応が乏しく症状が増悪

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、剖検材料
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	

(4) 感染が疑われる患者の要件

患者が次のア、イ、ウ又はエに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、新型コロナウイルス感染症を疑う場合、これを鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない。

ア 発熱または呼吸器症状(軽症の場合を含む。)を呈する者であって、新型コロナウイルス感染症であることが確定したものと濃厚接触歴があるもの

イ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

ウ 37.5℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前14日以内にWHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ (略)

(新設)

した場合に、新型コロナウイルス感染症が疑われる

- ・ 医師が総合的に判断した結果、新型コロナウイルス感染症を疑う

※(略)

別記様式1～5 (略)

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6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。					
医師の氏名			報告年月日 令和 年 月 日		
(署名又は記名押印のこと)					
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(検査)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 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( 月)		
7 当該者住所					
電話 ( ) -					
8 当該者所在地					
電話 ( ) -					
9 保護者氏名					
10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)					
電話 ( ) -					
11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎症 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器症候群 ・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 ・その他 ( ) ・なし		18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (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 ( ) 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載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については、入国日のみで可)		
12 診断方法	・分離・固定による病原体の検出 検体:喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他 ( ) 検体採取日 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・陰性 ) ・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、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他 ( ) 検体採取日 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・陰性 ) ・病原体の抗原の検出 (イムノクロマト法など) 検体:鼻咽拭い液 検体採取日 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・陰性 )		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)		
13 初診年月日 令和 年 月 日					
14 診断(検査(※))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					
(1、3、11、12欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。 (※)欄は、死亡者を検出した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。 11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。)					

この届出は診断後速に行ってください

※(略)

別記様式1～5 (略)

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6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。					
医師の氏名			報告年月日 令和 年 月 日		
(署名又は記名押印のこと)					
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(検査)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 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 ( 月)		
7 当該者住所					
電話 ( ) -					
8 当該者所在地					
電話 ( ) -					
9 保護者氏名					
10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)					
電話 ( ) -					
11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器症候群 ・その他 ( ) ・なし		18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 (確定・推定) 1 飛沫・飛沫核感染 (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 ( ) 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載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については、入国日のみで可)		
12 診断方法	・分離・固定による病原体の検出 検体:喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他 ( ) 検体採取日 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・陰性 ) ・検体から核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 検体:喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他 ( ) 検体採取日 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・陰性 ) ・病原体の抗原の検出 (イムノクロマト法など) 検体:鼻咽拭い液 検体採取日 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・陰性 )		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)		
13 初診年月日 令和 年 月 日					
14 診断(検査(※))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					
(1、3、11、12欄は該当する番号等を○で囲み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。 (※)欄は、死亡者を検出した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。 11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。)					

この届出は診断後速に行ってください

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6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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）

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つては、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 当該者氏名	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	
	男・女	年 月 日	歳 ( 月 )		
7 当該者住所					
電話 ( ) -					
8 当該者所在地					
電話 ( ) -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
					電話 ( ) -

11 症 状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状</li> <li>・肺炎像 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸窮迫症候群</li> <li>・多臓器不全 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・嘔気/嘔吐</li> <li>・下痢 ・結膜炎 ・嗅覚・味覚障害</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・なし</li> </ul>	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 ( 確定・推定 ) 1 飛沫・飛沫核感染 (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 ( ) 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載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については、入国日のみで可)
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分離・同定による病原体の検出                      検体：喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、                      鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、                      剖検材料、その他 ( )                      検体採取日 ( 月 日 )                      結果 ( 陽性・陰性 )</li> <li>・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、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、                      鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、                      剖検材料、その他 ( )                      検体採取日 ( 月 日 )                      結果 ( 陽性・陰性 )</li> <li>・病原体の抗原の検出 (イムノクロマト法など)                      検体：鼻咽頭拭い液                      検体採取日 ( 月 日 )                      結果 ( 陽性・陰性 )</li> </ul>	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)
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	

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。  
 (※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(\*)欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。  
 11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断後直ちに行ってください

(別添2)

令和 年 月 日

令和 年 月 日

## 診療情報提供書

## 保健所報告書

地域外来・検査センター 御担当医殿

地域外来・検査センター名【 】

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いしたく存じます。2～7を記載

1・8を記載

医師氏名【 】

提出者情報	
医療機関名称	
住所	
電話番号	
ファックス番号	
医師氏名	
所属医師会	
管轄保健所	

1.検査結果等	
検査採取日	令和 年 月 日
検体の種類	<input type="checkbox"/> 咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(抗原)
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査結果判明日	令和 年 月 日
新型コロナ以外の検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
└実施した検査と結果	

2.患者情報			
ふりがな		生年月日・年齢	(明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業		(勤務先・学校等)	
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			
現時点の居所			
医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番)			
同居家族	<input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 ) <input type="checkbox"/> なし		

3.患者本人以外の連絡者			
ふりがな		続柄	
氏名			
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
メールアドレス			

4. 医師による確認事項			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの場合月数	
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

5.症状あるものにチェック		6. 現在の処方	
<input type="checkbox"/> 咳・鼻水	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 発熱	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常	( ) 日前から		
<input type="checkbox"/> その他の症状	( )	7. 特記事項	

8.患者の症状等			
重症か否か	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重症でない	重症(※)と判断した日付	令和 年 月 日
発症年月日	令和 年 月 日		
検査依頼時点の症状	<input type="checkbox"/> 4と5と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の症状(具体的に記載 )		
推定感染源			

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用

ver. 2020.5.13