

健感発 1122 第 5 号

令和 3 年 11 月 22 日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局）長 殿

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ているところです。

今般、新型コロナウイルス感染症に関する現状を踏まえ、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 改正概要

別記様式 6-1（発生届）について、次の改正を行うもの。

- ・ 「18 感染原因・感染経路・感染地域」欄に、新型コロナウイルスワクチンの 3 回目接種歴を記載する欄を新設した。

2 適用日

令和 3 年 12 月 1 日

新旧対照表

「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 第1～7 (略) 別記様式1～5(略) 別添様式6-1</p> <div data-bbox="212 518 840 1412"> <p>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。 報告年月日 令和 年 月 日</p> <p>医師の氏名 _____ 届出する病院・診療所の名称 _____ 上記病院・診療所の所在地(※) _____ 電話番号(※) _____</p> <p>(※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)</p> <table border="1"> <tr> <td>1 診断（検査）した者（死体）の類型</td> <td colspan="5">① 性別</td> <td>4 生年月日</td> <td>5 診断時の年齢(※) (月)</td> <td>6 当該者職業</td> </tr> <tr> <td>・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・感染症死亡疑いの死体（*）疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生の届出は不要。</td> <td>男</td> <td>女</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>歳</td> <td>か月</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>7 当該者住所</td> <td colspan="7">電話番号 () —</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>8 当該者所在地</td> <td colspan="7">電話番号 () —</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>9 保護者氏名</td> <td colspan="7">10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)</td> <td>電話番号 () —</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>11 症状</td> <td>・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器総炎候群 ・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</td> <td>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)) 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 _____ ③ その他() ※療養の届又は地域届出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) 国内居住者については、入国日のみで可。 ④ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 1 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 2 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 3 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 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 届出時長の入院の有無(有・無) 入院のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無) ・妊娠の有無(有・無) ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引(※)」による。) (軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有・無) ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時間的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)</td> </tr> </table> <p>12 診断方法 ・分層・特定による病原体の検出 検体：喀痰、気管吸引液、肺動脈血液、咽拭拭い液、鼻吸引液、鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液、便、唾液、新鮮材料、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、肺動脈血液、咽拭拭い液、鼻吸引液、鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液、便、唾液、新鮮材料、その他() 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) ・抗原定性検査による病原体の抗原の検出 検体：鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) ・抗原定量検査による病原体の抗原の検出 検体：鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液、唾液 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性)</p> <p>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</p> <p>(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。)</p> </div>	1 診断（検査）した者（死体）の類型	① 性別					4 生年月日	5 診断時の年齢(※) (月)	6 当該者職業	・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・感染症死亡疑いの死体（*）疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生の届出は不要。	男	女	年	月	日	歳	か月	—	7 当該者住所	電話番号 () —							—	8 当該者所在地	電話番号 () —							—	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)							電話番号 () —	11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器総炎候群 ・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	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)) 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 _____ ③ その他() ※療養の届又は地域届出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) 国内居住者については、入国日のみで可。 ④ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 1 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 2 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 3 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 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 届出時長の入院の有無(有・無) 入院のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無) ・妊娠の有無(有・無) ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引(※)」による。) (軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有・無) ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時間的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)	<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 第1～7 (略) 別記様式1～5(略) 別添様式6-1</p> <div data-bbox="1276 542 1904 1412"> <p>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。 報告年月日 令和 年 月 日</p> <p>医師の氏名 _____ 届出する病院・診療所の名称 _____ 上記病院・診療所の所在地(※) _____ 電話番号(※) _____</p> <p>(※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)</p> <table border="1"> <tr> <td>1 診断（検査）した者（死体）の類型</td> <td colspan="5">① 性別</td> <td>4 生年月日</td> <td>5 診断時の年齢(※) (月)</td> <td>6 当該者職業</td> </tr> <tr> <td>・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・感染症死亡疑いの死体（*）疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生の届出は不要。</td> <td>男</td> <td>女</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>歳</td> <td>か月</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>7 当該者住所</td> <td colspan="7">電話番号 () —</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>8 当該者所在地</td> <td colspan="7">電話番号 () —</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>9 保護者氏名</td> <td colspan="7">10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)</td> <td>電話番号 () —</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>11 症状</td> <td>・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器総炎候群 ・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</td> <td>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)) 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 _____ ③ その他() ※療養の届又は地域届出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) 国内居住者については、入国日のみで可。 ④ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 1 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 2 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 3 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 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 届出時長の入院の有無(有・無) 入院のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無) ・妊娠の有無(有・無) ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引(※)」による。) (軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有・無) ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時間的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)</td> </tr> </table> <p>12 診断方法 ・分層・特定による病原体の検出 検体：喀痰、気管吸引液、肺動脈血液、咽拭拭い液、鼻吸引液、鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液、便、唾液、新鮮材料、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、肺動脈血液、咽拭拭い液、鼻吸引液、鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液、便、唾液、新鮮材料、その他() 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) ・抗原定性検査による病原体の抗原の検出 検体：鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) ・抗原定量検査による病原体の抗原の検出 検体：鼻拭拭い液、鼻咽拭拭い液、唾液 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性)</p> <p>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</p> <p>(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。)</p> </div>	1 診断（検査）した者（死体）の類型	① 性別					4 生年月日	5 診断時の年齢(※) (月)	6 当該者職業	・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・感染症死亡疑いの死体（*）疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生の届出は不要。	男	女	年	月	日	歳	か月	—	7 当該者住所	電話番号 () —							—	8 当該者所在地	電話番号 () —							—	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)							電話番号 () —	11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器総炎候群 ・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	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)) 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 _____ ③ その他() ※療養の届又は地域届出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) 国内居住者については、入国日のみで可。 ④ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 1 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 2 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 3 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 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 届出時長の入院の有無(有・無) 入院のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無) ・妊娠の有無(有・無) ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引(※)」による。) (軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有・無) ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時間的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)
1 診断（検査）した者（死体）の類型	① 性別					4 生年月日	5 診断時の年齢(※) (月)	6 当該者職業																																																																																									
・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・感染症死亡疑いの死体（*）疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生の届出は不要。	男	女	年	月	日	歳	か月	—																																																																																									
7 当該者住所	電話番号 () —							—																																																																																									
8 当該者所在地	電話番号 () —							—																																																																																									
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)							電話番号 () —																																																																																									
11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器総炎候群 ・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	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)) 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 _____ ③ その他() ※療養の届又は地域届出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) 国内居住者については、入国日のみで可。 ④ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 1 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 2 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 3 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 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 届出時長の入院の有無(有・無) 入院のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無) ・妊娠の有無(有・無) ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引(※)」による。) (軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有・無) ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時間的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)																																																																																															
1 診断（検査）した者（死体）の類型	① 性別					4 生年月日	5 診断時の年齢(※) (月)	6 当該者職業																																																																																									
・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・感染症死亡疑いの死体（*）疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生の届出は不要。	男	女	年	月	日	歳	か月	—																																																																																									
7 当該者住所	電話番号 () —							—																																																																																									
8 当該者所在地	電話番号 () —							—																																																																																									
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)							電話番号 () —																																																																																									
11 症状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸器総炎候群 ・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	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)) 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 _____ ③ その他() ※療養の届又は地域届出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) 国内居住者については、入国日のみで可。 ④ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 1 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 2 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 3 回目 有() 無() 不明() 接種年月日(年 月 日) 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 届出時長の入院の有無(有・無) 入院のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有・無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有・無) ・妊娠の有無(有・無) ・重症度(「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引(※)」による。) (軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有・無) ・新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時間的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)																																																																																															