

別記様式 1

保健所コード

西 暦

I D

一類感染症、二類感染症及び三類感染症発生届出票

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 条の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日（ 年 月 日）

医師の氏名 _____ 印（自署または記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名 _____

上記施設の住所・電話番号 * _____（電話 _____）

（* 所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1 患者氏名	2 性別 男・女	3 診断時の年齢 歳 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	4 患者職業
5 患者住所		6 患者所在地	
電話(_____)		電話(_____)	
7 保護者氏名	8 保護者連絡先 (7, 8 は患者が未成年の場合のみ記入)		
	電話(_____)		

9 病 名	10 診 断 方 法	11 症 状	12 発病年月日	
<ul style="list-style-type: none"> ・エボラ出血熱 ・クリミア・コンゴ出血熱 ・重症急性呼吸器症候群 (病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る) ・痘そう ・ペスト ・マールブルグ病 ・ラッサ熱 	<ul style="list-style-type: none"> ・病原検査 (検体 _____)(方法 _____)(型 _____) ・血清学的検査 (検体 _____)(方法 _____)(型 _____) ・臨床決定 ・その他(_____) 	<ul style="list-style-type: none"> ・有 	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			13 初診年月日	
			14 診断(検案)年月日	
			15 感染したと推定される年月日	
<ul style="list-style-type: none"> ・コレラ ・細菌性赤痢 ・腸チフス ・パラチフス 	<ul style="list-style-type: none"> ・病原検査 (検体 _____)(方法 _____)(型 _____) ・血清学的検査 (検体 _____)(方法 _____)(型 _____) ・臨床決定 ・その他(_____) 	<ul style="list-style-type: none"> ・無 	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			16 死亡年月日	
<ul style="list-style-type: none"> ・急性灰白髄炎 ・ジフテリア 	<ul style="list-style-type: none"> ・病原検査 (検体 _____)(方法 _____)(型 _____) ・血清学的検査 (検体 _____)(方法 _____)(型 _____) ・その他(_____) 		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			16 死亡年月日	
<ul style="list-style-type: none"> ・腸管出血性大腸菌感染症 				平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

の届出は診断後直ちに行ってください

17 推定される感染地域・感染原因・感染経路		
<ul style="list-style-type: none"> ・最近数年間の主な居住地 1 日本国内 2 その他(_____) 3 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・推定される感染地域 1 日本国内 2 その他(_____) 3 不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・推定される感染原因・感染経路
18 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必要と認める事項		

（2、9 から11、17欄は該当する番号等を _____ で囲み、3、4、12から16欄は年齢・年月日等を記入すること。 _____ 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。）

SARS 受診相談票

受付日時： 年 月 日 時 分
 受付： 保健所・()保健センター
 受付者： 対応医師：

相談者	氏名	生年月日	歳 (男・女)
	住所	電話番号(自宅) (携帯)	
渡航歴 又は 接触歴	渡航(居住)歴 (あり・なし) 場所() 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 SARS 疑い患者と接触した(同居していた・看護していた・その他の接触)・接触なし SARS 疑い患者の気道分泌物・便等に直接接触した (あり・なし)		
症状	体温	(月 日 時)	月 日 時頃から発熱
	咳 (あり・なし)	月 日 時頃から	
	呼吸困難 (あり・なし)	月 日 時頃から	
	その他の症状		
受診時の 移動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が運転できる ・ 地下鉄 ・ 自家用車で家族がつきそい ・ バス ・ 119 番救急車 		
渡航歴又は接触歴があつて、かつ、症状がある場合は、待機するように指示して病院を調整する。			
報告 (電話で一報)	受け付け保健センターから保健所へ	時	分
	保健所から居住区(区)保健センターへ	時	分
	保健所から健康衛生部へ	時	分
外来対応 病院連絡	病院名：	病院連絡日時	月 日 時 分
	電話番号：	受診予定日時	月 日 時 分
	対応者名：	相談者への連絡	月 日 時 分
相談者への 連絡時に 詳細を聴取	渡航理由(仕事・観光・その他)	家族 (独居・家族あり)	
	渡航の状況(個人・ツアー・同行者あり)	その他の緊急連絡先	
	ツアー会社名：		
	同行者氏名：		
	到着空港：	到着日時：	月 日 時 分
	航空会社名：	便名：	座席番号：
報告 (FAX)	受け付け保健センターから保健所へ	時	分
	保健所から居住区(区)保健センターへ	時	分
	保健所から健康衛生部へ	時	分
	保健所から衛生研究所へ	時	分

【外来対応病院受診結果処理欄(保健所)】

受診日時	月 日 時 分	病院名	担当医
診断結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ SARS 患者又は疑似症患者 (詳細を疫学調査票に記入) ・ SARS 疑い例 ・ 要観察例 ・ その他の疾患 () 		
管理状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 南ヶ丘診療所搬送 (年 月 日 時) ・ 自宅待機 ・ 行動制限なし 		
報告	保健所から健康衛生部へ	時 分	保健所から衛生研究所へ 時 分
要観察となったものの経過観察 結果(72時間後; 月 日)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異常なし ・ その他の疾患 () ・ SARS 患者又は疑似症患者 ・ 疑い例 		
報告	保健所から健康衛生部へ	年 月 日 時 分	

健感発第 0516001 号

平成 15 年 5 月 16 日

各

都道府県
政令市
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

SARS「疑い例」及び「可能性例」の報告様式について
(SARS対策第14報)

SARS「疑い例」及び「可能性例」の症例定義について、「症例定義の改正とそれに伴うSARSコロナウイルスの行政検査の実施等について(SARS対策第13報)」（平成15年5月8日付け健感発0508002号）において通知したところである。

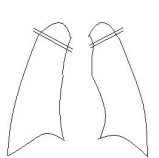
このたび、同通知における症例定義の改正に伴い、SARS「疑い例」及び「可能性例」の報告の際に使用する様式について、当分の間、別紙のとおりとするので通知する。

貴管内の医療機関等の関係機関への周知の上、適切に対応していただくようお願いする。

重症急性呼吸器症候群 (SARS) 「疑い例」「可能性例」報告用紙

太枠内は必ずご記入ください。

報告年月日：平成 年 月 日

医療機関名： _____ 医師名： _____						
医療機関連絡先 〒 _____ 住所 _____						
電話： _____ FAX： _____	電子メール： _____ @ _____					
イニシャル (姓・名) ・	男・女	明・大 昭・平	年 月 日生 (歳)	現住所(国内の場合) 都道 市区 府県 町村	国籍	主な居住地 (国・都市名)
職業	伝播確認地域への渡航及び期間 地域 [] 年 月 日 ~ 月 日 帰国便名 地域 [] 年 月 日 ~ 月 日 (便)					
発病日	年 月 日	初診日	年 月 日	入院日	年 月 日	年 月 日
前医 1 なし 2 あり： 医療機関名 ()						
疑い例 「1」又は「2」 で、3,4,5のい ずれかを満た すもの (数字に)	1 38 以上の急な発熱、および呼吸器症状：咳、呼吸困難感、その他 () 2 2002年11月1日以降に原因不明の急性呼吸器疾患で死亡し剖検が行われていない者 3 発症前10 日以内に、SARS の症例を看護・介護するか、同居しているか、患者の気道分泌物、体液に 触れた者 [内容を記載 :] 4 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域へ旅行した者。 5 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域に居住していた者。					
可能性例 疑い例に加え 1,2,3のい ずれかを満た すもの(数字に)	1 胸部XP で肺炎又は呼吸窮迫症候群の所見を示す者 2 1つまたはそれ以上の検査法でSARSコロナウイルスが陽性となった者 3 原因不明の呼吸器疾患で死亡し、剖検により呼吸窮迫症候群の病理所見を示した者					
他の症状	1 頭痛 2 悪寒戦慄 3 食欲不振 4 倦怠感 5 意識混濁 6 発疹 7 下痢 8 その他 ()					
画像診断	胸部X-P所見(月 日) 1: あり(右に記入) 2: なし		酸素投与 (数字に)	1 酸素投与なし 2 経鼻チューブ・マスク 3 人工呼吸器管理		
	胸部CT所見 (月 日) 1: あり() 2: なし 3: 未試行					
血液検査 (月 日)	白血球数 [] / μ l 好中球分画 [] % リンパ球分画 [] % 血小板数 [] 万/ μ l CRP [] mg/dl ESR [] mm/h	CPK [] IU/l AST(GOT) [] IU/l ALT(GPT) [] IU/l LDH [] IU/l	その他の検査所見			
抗菌薬・抗 ウイルス薬 投与状況	1: _____ [病日 ~ 病日・投与中] 効果 () 2: _____ [病日 ~ 病日・投与中] 効果 ()					
微生物学的 検査(検査を 行った場合、記 載)	検査項目(例) 結果 詳細(検査方法や力価など) 1 インフルエンザ [未施行・陰性・陽性] () 2 RSウイルス [未施行・陰性・陽性] () 3 クラミジア [未施行・陰性・陽性] () 4 マイコプラズマ [未施行・陰性・陽性] () 5					
濃厚接触者(患者との関係)	接触状況	発病・隔離の有無				
備考(初診後の経過、現在の状態、その他特記事項など)						

記載不要ID

(管轄保健所名)

県

保健所

なお、以下の1～6の内容について、後日お伺いしますので、あらかじめご了承ください。

追加報告の内容（該当する項目に）

- 1: 患者の「疑い例」「可能性例」への区分の変更
- 2: 病状の変化（軽快・退院・外来フォローアップ終了・悪化・死亡）
- 3: 治療に関する情報の追加
- 4: 重要な病原体検査結果の追加
- 5: 新たな接触者情報の追加
- 6: その他（主治医の判断で必要と思われる時）

1: 区分の変更（追加になった項目に）

疑い例 「1」又は「2」 で3,4,5のいずれかを満たすもの (数字に)	1 38 以上の急な発熱、および呼吸器症状：咳、呼吸困難感、その他（ ） 2 2002年11月1日以降に原因不明の急性呼吸器疾患で死亡し剖検が行われていない者 3 発症前10 日以内に、SARS の症例を看護・介護するか、同居しているか、患者の気道分泌物、体液に接触した者〔内容を記載：〕 4 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域へ旅行した者。 5 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域に居住していた者。
可能性例 疑い例に加え 1,2,3のいずれかを満たすもの (数字に)	1 胸部XP で肺炎又は呼吸窮迫症候群の所見を示す者 2 1つまたはそれ以上の試験法でSARS コロナウイルスが陽性となった者 3 原因不明の呼吸器疾患で死亡し、剖検により呼吸窮迫症候群の病理所見を示した者
他の症状	1 頭痛 2 悪寒戦慄 3 食欲不振 4 倦怠感 5 意識混濁 6 発疹 7 下痢 8 その他（ ）

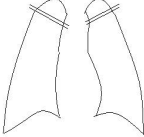
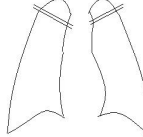
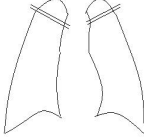
2: 病状の変化

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体温			
症状	・咳 ・呼吸困難 ・（ ）	・咳 ・呼吸困難 ・（ ）	・咳 ・呼吸困難 ・（ ）
全身状態	・良好 ・比較的良好 ・不良	・良好 ・比較的良好 ・不良	・良好 ・比較的良好 ・不良
退院日：	年 月 日	外来フォローアップ終了日：	年 月 日
悪化傾向	（具体的な内容・その日時）		
死亡日： 年 月 日	死亡までの経過：		

3: 治療に関する情報の追加

抗菌薬・抗ウイルス薬	1: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果（ ） 2: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果（ ） 3: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果（ ） 4: _____ [病日～ 病日・投与中] 効果（ ）
ステロイド使用	1: 薬品名 _____ mg/day [病日～ 病日・投与中] 効果（ ）
その他の治療	

4 : 重要な検査結果の追加

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血液検査	白血球数[]/l 好中球分画 [] % リンパ球分画 [] % 血小板数[]万/l CRP []mg/dl ESR []mm/h CPK CPK []IU/l AST(GOT) [] IU/l ALT(GPT) [] IU/l LDH [] IU/l [] []	白血球数[]/l 好中球分画 [] % リンパ球分画 [] % 血小板数[]万/l CRP []mg/dl ESR []mm/h CPK CPK []IU/l AST(GOT) [] IU/l ALT(GPT) [] IU/l LDH [] IU/l [] []	白血球数[]/l 好中球分画 [] % リンパ球分画 [] % 血小板数[]万/l CRP []mg/dl ESR []mm/h CPK CPK []IU/l AST(GOT) [] IU/l ALT(GPT) [] IU/l LDH [] IU/l [] []
画像診断	胸部X-P所見 1: あり ()  2: なし	胸部X-P所見 1: あり ()  2: なし	胸部X-P所見 1: あり ()  2: なし
酸素投与	A 酸素投与なし、 B 経鼻チューブ・マスク C 人工呼吸器管理	A 酸素投与なし、 B 経鼻チューブ・マスク C 人工呼吸器管理	A 酸素投与なし、 B 経鼻チューブ・マスク C 人工呼吸器管理

微生物学的検査(検査を行った場合、記載)	検査項目(例) 日付(月/日)	結果	詳細(検査方法や力価など)
	1 インフルエンザ	[未施行・陰性・陽性] () (/) [未施行・陰性・陽性] () (/)	
	2 RSウイルス	[未施行・陰性・陽性] () (/) [未施行・陰性・陽性] () (/)	
	3 クラミジア	[未施行・陰性・陽性] () (/) [未施行・陰性・陽性] () (/)	
	4 マイコプラズマ	[未施行・陰性・陽性] () (/) [未施行・陰性・陽性] () (/)	
	5	() (/)	
	6	() (/)	
SARSコロナウイルス検査の実施の有無	・あり ・なし 地方衛生研究所名 []	1: 検体提出済み [検体ID] (提出済みのものに をして下さい) 1 鼻咽頭拭い・洗浄、口腔咽頭拭い液ある いは気管支肺胞洗浄液 2 喀痰 3 尿 4 便 5 血清(シングル・ペア) (検査結果については、結果表を添付してください。)	2: 検体未提出
その他	特記事項などあれば記載		

5 : 新たな接触者情報の追加

濃厚接触者(患者との関係)	接触状況	発病・隔離の有無
---------------	------	----------

6 : その他 ()

記載不要 ID

重症急性呼吸器症候群 (SARS) 疫学調査票

受理年月日： 年 月 日

受理者氏名： _____

1 報告機関

報告年月日・時	年 月 日・(午前・午後)	時 分
医療機関名		担当医氏名
住所		電話

2 患者個人情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	電話				
職業	勤務先名称 電話番号	家族	1 独居	2 その他(接触者調査票に記入)	
診断名	1 SARS 患者 2 SARS 疑似症患者 3 SARS 疑い例 4 その他				

3 伝播確認地域への渡航または SARS 患者との接触について

伝播確認地域への渡航	1 なし 2 あり				
同行者	1 なし 2 あり(ありの場合、接触者調査票に記入)				
渡航歴	渡航先(をつける)	広東省, 香港, 台湾, 北京, トロント その他()			
	渡航期間	年 月 日 出国		年 月 日 帰国	
	日程	滞在地	利用交通機関(便名等)	宿泊施設名	
	渡航先における SARS 患者との接触	1 SARS 確定例との接触あり 2 重症肺炎患者との接触あり 3 接触した記憶は無い			接触時期： 月 日 ~ 月 日 接触場所： 氏名等：
その他の SARS 患者との緊密な接触	1 看護・介護した 2 同居している 3 気道分泌物・体液に触れた 4 なし			接触時期： 月 日 ~ 月 日 接触場所： 氏名等：	

渡航先については、伝播確認地域 (WHO) が随時変更されている。

4 病状経過

	発症日	第2病日	3	4	5	6	7	8	9	第10病日
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温										
咳										
呼吸困難										
他の症状										
受診有無										
入院有無										
CRP										
白血球数										
胸部 X 線										
病原関連	肺炎球菌 (+・-) インフルエンザ菌 (+・-) 肺炎桿菌 (+・-) プラズマ・カプシ (+・-) レジオネラ属菌 (+・-) クラミジア抗体 (+・-) マイコプラズマ抗体 (+・-) インフルエンザウイルス (+・-) アデノウイルス (+・-) RSウイルス (+・-)									

5 発症後に受診した医療機関

医療機関名称	電話番号	受診日	外来・入院の別	備考(従事者の健康状況等)
		/	外来・入院	
		/	外来・入院	
		/	外来・入院	

6 患者管理状況

(1) 初診時		
ア 自宅待機	医療機関における指導内容	・ 症状悪化時受診の指導 (実施・未実施) ・ マスク着用 (実施・未実施) ・ 外出を控える (実施・未実施)
	保健所における指導	/ 初回指導実施済
イ 入院	(i) 医療機関名	
	(ii) 入院日時	
	(iii) 病室	陰圧個室・その他の個室・SARS 患者と同室 その他

7 管理方針その他

保健所内検討日	/	患者の状況確認	/	まで	接触者調査	/	まで	積極的・受動的
患者症状確認 (確認内容は4に記載)	/ 済	/ 済	/ 済	/ 済	/ 済	/ 済	/ 済	/ 済

SARS等 患者行動調査票（1：症状発現日以降）

日	時刻	行動（利用施設，旅行等）	接触者氏名・電話	症状
発症日： 発熱または咳が 発現した日 （ 月 日）				
第1日 （ 月 日）				
第2日 （ 月 日）				
第3日 （ 月 日）				
第4日 （ 月 日）				
第5日 （ 月 日）				

SARS 等 患者行動調査票（2：さかのぼり調査が必要なとき）

日	時刻	行動
発症日： 発熱または咳が 発現した日 (月 日)		
1日前 (月 日)		
2日前 (月 日)		
3日前 (月 日)		
4日前 (月 日)		
5日前 (月 日)		
6日前 (月 日)		
7日前 (月 日)		
8日前 (月 日)		
9日前 (月 日)		
10日前 (月 日)		

S A R S 等 接 触 者 名 簿 ・ 接 触 者 調 査 票

氏名： (患者・疑似症患者・疑い例) (年 月 日 生まれ 歳); 発熱又は咳の始まった日(月 日)経過観察(月 日まで)

1	接触者氏名	住所・電話	接触事由	接触の状況	接触日時・期間 (日間, 時間)	接触区分 (保健所で決定) 高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	初回健康調査 及び保健指導 / 健・否	健康状態確認					否の場合症状 発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	備考	
								/	/	/	/	/			
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	
男・女 (年月日生)	家族 看護・介護 同行者 その他				月日時~ 月日時 (日間, 時間)	高危険接触 低危険接触 又は疑い例の接触	/	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	健・否	発熱 38 以上 咳・呼吸困難 その他 ()	

様

SARS に係る保健指導書・体温記録表

このたび、重症急性呼吸器症候群（SARS）の発生に関し、患者との接触状況からみて、重症急性呼吸器症候群（SARS）に感染している可能性が否定できません。

つきましては、最終接触日（ 月 日）の翌日から 10 日間（ 月 日まで）は、下記の事項に注意して生活してください。また、毎日の健康状態をお知らせください。

記

1. 念のため、人ごみへの外出や出勤、登校は控えてください。
2. 家族や知人との接触も最小限にしてください。
3. こまめに手を洗ってください。石鹸を泡立て、10 秒間以上ごしごしこすり、流水でよく流してください。
4. 体温を、毎日、朝夕の 2 回測定して下の表に記入してください。
5. 測定結果と症状について毎日電話で連絡してください。
6. 発熱、または、何かの症状が出た場合には、自宅から出ないで、まず、保健センターまたは保健所に連絡してください。
7. 同居しているご家族に、何かの症状が出た場合にも、保健センターまたは保健所に連絡してください。

【体温記録表】

	朝の体温	夕方の体温	咳	その他の症状
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	
月 日			なし・あり	

連絡先： 区保健センター（電話 - ）担当：

夜間など緊急の場合：札幌市保健所（電話 6 2 2 - 5 1 5 1）