

新型コロナウイルス関係 5.26①

令和2年5月26日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰
公衆衛生担当理事 今井 一登

かかりつけ医から集合検査場に紹介を行う場合の対応について

新型コロナウイルス関係の情報をお知らせいたします。
こちらは鎌倉市医師会HPにもアップロードしてありますので、ご確認ください。

神奈川県医師会
理事 笹生 正人

かかりつけ医から集合検査場に紹介を行う場合の対応について

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、平素より本会事業にご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記につきまして新型コロナウイルス感染症対策神奈川県対策本部（事務取扱：医療課地域包括ケアグループ）より、別添のとおり通知が参りました。

本通知は、郡市医師会等による集合外来・集合検査場においては、地域の実情に応じて医療機関からの直接の紹介を可能としているところもありますが、その場合において、医療機関より保健所等に提出する必要がある書類等（別添：新型コロナウイルス感染症発生届、自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート）について整理されているものでございます。

本件については、保健所等から医療機関あてに通知があるとのことですが、貴会におかれましても、ご了知いただくとともに、会員への周知方についてご高配のほどお願いいたします。

お問い合わせ先

地域保健課 担当：福本

横浜市中区富士見町3-1

TEL 045(241)7000 FAX 045(241)1464

E-mail :k-fukumoto@kanagawa.med.or.jp

事務連絡
令和2年4月24日

(公社) 神奈川県医師会 様

新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部

かかりつけ医から集合検査場に紹介を行う場合の対応について (依頼)

本県の保健医療行政の推進につきまして、日頃格別の御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、郡市医師会等による集合外来・集合検査場は、地域の実情に応じてかかりつけ医からの直接の紹介も可としています。その場合は、①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条に基づき発生届を保健所に提出いただくとともに、自宅療養又は宿泊施設療養が見込まれる患者については②保健所への「自宅・施設宿泊施設療養のためのヒアリングシート」の提出、③患者への「自宅・宿泊施設療養のしおり」※の周知についてご協力いただくよう、貴会会員あて周知をお願いいたします。

※「自宅・宿泊施設療養のしおり」について

今後改定される場合があります。最新の内容につきましては、次の県ホームページから御確認ください。

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/ga4/bukanshi/facilities/top.html>

【添付資料】

- ・発生届
- ・自宅・施設宿泊施設療養のためのヒアリングシート

問合せ先 (事務取扱)

医療課地域包括ケアグループ 由利・佐藤・大森・大津・犬飼

電話 : 045-210-1111 (内線 4865・4867)

FAX : 045-210-8858

Mail : ouhuku-iryoushou@pref.kanagawa.jp



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）の種類 ・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 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (月)	6 当該者職業
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"> 発熱 ・ 咳 ・ 咳以外の急性呼吸器症状 肺炎像 ・ 重篤な肺炎 ・ 急性呼吸窮迫症候群 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
	<ul style="list-style-type: none"> 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) 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) 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) 	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)
13 初診年月日 令和 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 ・届出時点の入院の有無 (有・無) 入院例のみ (入院年月日 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		

この届出は診断後直ちに行ってください

(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。(*)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。)

<本人記入用>

自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート

記入日： 年 月 日

症状が比較的軽症の方には自宅または宿泊施設での療養をお願いいたします。その際のリスクの把握やフォロー体制準備のために、以下の項目にご回答をお願いいたします。

フォローアップ基本情報

(フリガナ) お名前		LINE登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 登録予定
電話番号(※)		ペットの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類・頭数：)

※LINEでフォローアップを受けられる方は、LINEに登録している電話番号を記載してください

緊急連絡先(緊急時にご本人様と連絡が取れない場合のご連絡先/原則家族)

お名前		本人との関係	
電話番号			

医療情報

かかりつけ病院(TEL)		かかりつけ医師	
服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
アレルギー情報	左記の中で、じんま疹以上の 症状が出たことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴			

外国籍の方

日本語での会話は可能ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
日本語の読み書きは可能ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []

食事・お体の状況

食事・食材に制限があるか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
食事はとれていますか?	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまりとれていない(日前頃から) <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない(日前頃から)		
水分はとれていますか?	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまりとれていない(日前頃から) <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない(日前頃から)		
眠れていますか?	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまり眠れていない(理由: <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)		
息苦しさはありますか?	<input type="checkbox"/> 強くある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ない	頭痛はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
だるさはありますか?	<input type="checkbox"/> 強く感じる <input type="checkbox"/> 少し感じる <input type="checkbox"/> だるさはない		

生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	保険証 記号・番号	記号	番号
--------	---	-----------	----	----

宿泊施設療養検討項目

支援を受けることなく一人で日常生活を送れますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
指定の場所・時間に食事を取りに行けますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
洗濯等を自分で行うことができますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
緊急時に介助なく避難することができますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []

※裏面に続く

<本人記入用>

同居構成

同居人がいますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	患者本人の専用の個室がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-----------	---	-------------------	---

※同居人のうち以下に該当する方はいますか？

高齢者（65歳以上）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
基礎疾患がある者（糖尿病、心疾患や呼吸器疾患を有するもの、透析加療中の者等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠している者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医療従事者、福祉・介護職員などの高齢者・障がい者等と多く接触する方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

その他特記事項等

保健所記入欄	
保健所名：	保健所
自宅療養・宿泊療養・入院 備考	

神奈川県

掲載日：2020年5月15日

自宅・宿泊施設療養のおおまかな流れ

1 外来受診

PCR検査を受けた方のうち、軽症の方は、自宅・宿泊施設療養の可能性があるため、医師より療養にあたって必要な情報の聞き取りをさせていただきます。医師にヒアリングシートをご提出ください。

自宅・施設療養のためのヒアリングシート (PDF : 741KB)

2 自宅待機・療養準備

PCR検査結果が出るまでの間に、療養の準備をお願いいたします。

自宅療養の基準

1. 自宅での安静が可能な方
2. 外出せずに生活ができる方
3. 専用の個室があるなど同居者と生活空間を分けることができる方
4. 電話やスマートデバイスを用いて健康状況を相談できる方

宿泊施設療養の基準

1. 施設での安静が可能な方
2. 外出せずに生活ができる方
3. ADLが自立している方
4. 電話やスマートデバイスを用いて健康状況を相談できる方

3 結果通知、療養先への移動

まず病院または保健所より検査結果のご連絡が行きます。陽性と判明した場合、神奈川県より療養に関するご案内のお電話をいたします。あわせて宿泊療養の場合は、施設までの移動について調整いたします。

4 療養中

外出をせずに自宅または施設で過ごしていただきます。療養期間中は注意事項や生活上のさまざまな制約もございます。また毎日の健康状態の報告をしていただきます。

5 療養終了

症状が軽快していると考えられる場合は、療養を開始した日から14日間経過したときに、療養終了となります。ただし症状に大きな変化がある場合は、必要に応じて入院していただく場合もございます。なお、治癒証明は発行いたしません。

いいね! 13 ツイート

このページに関するお問い合わせ先

健康医療局 保健医療部健康危機管理課

健康医療局保健医療部健康危機管理課へのお問い合わせフォーム

感染症対策グループ

このページの所管所属は健康医療局 保健医療部健康危機管理課です。