

令和4年5月26日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰  
母子保健担当理事 三宅 泉

欧州及び米国における  
小児の原因不明の重篤な急性肝炎の発生に係る対応について

鎌倉保健福祉事務所より文書が参りましたのでお知らせいたします。  
本内容は神奈川県医師会からの文書でもご案内しておりますが、再度ご案内いたします。

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長

欧州及び米国における小児の原因不明の重篤な急性肝炎の発生に係る対応について(依頼)

本県における保健・医療・福祉の推進につきましては、日ごろから格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

令和4年5月13日付け、厚生労働省健康局結核感染症課から、事務連絡「欧州及び米国における小児の原因不明の急性肝炎の発生について（協力依頼）」がありました。

現時点では、暫定症例定義の変更はありませんが、入院症例に加え暫定症例定義を満たしている症例が退院した場合においても、保健所福祉事務所等への報告が必要となり、疫学調査票についても変更となっております。

今後とも、原因不明の急性肝炎のうち、事務連絡に記載している暫定症例定義に該当する患者を診察した場合の情報提供について、御協力をお願いします。

問合せ先

保健予防課 小田原、長島

電話 0467-24-3900

事務連絡  
令和4年4月27日  
令和4年5月13日一部改正

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

欧州及び米国における小児の原因不明の急性肝炎の発生について  
(協力依頼)

欧米で報告されている小児の原因不明の急性肝炎の発生を踏まえ、我が国での発生の実態を適切に把握するため、感染症サーベイランス及び積極的疫学調査の取り扱いについて、「欧州及び米国における小児の原因不明の急性肝炎の発生について(協力依頼)」(令和4年4月27日付厚生労働省健康局結核感染症課事務連絡。)を发出しているところです。

本件に関して、別添及び別紙を修正いたしました。(主な改正箇所は太字下線)

貴管内保健所、地方衛生研究所及び医療機関に対して、周知いただくとともに、必要な調査及び検査を実施いただきますようお願いいたします。なお、同様の事務連絡を公益社団法人日本医師会宛てに发出しております。

当該急性肝炎においては、情報収集を継続中であり、新たな対応を行う場合には別途お知らせします。

本事務連絡に関する連絡先：厚生労働省健康局結核感染症課  
電話：03-3595-2263 担当：長江、杉原  
本疾患に関する技術的な問合せ先：国立感染症研究所EOC  
電話：03-4582-2602 ※平日日中のみ

小児の原因不明の急性肝炎患者の基本情報・臨床情報調査票  
(2022年5月13日現在)

※グレーの塗りつぶしの項目は厚生労働省への報告時には記入不要です

保健所番号4桁 ID 01から通し番号

基本情報※

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：□面接 □電話 □その他( )
2	調査回答者：□本人 □本人以外→氏名( ) 調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -	本人との関係( )
3	診断分類：	
4	NESID登録ID(発行されていれば)：	5 患者居住地保健所：
6	医療機関名：	7 医療機関主治医名：
8	医療機関所在地：	9 医療機関電話番号： - -
10	受理日時： 年 月 日	11 受理自治体：
12	受理保健所：	13 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NESID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	患者住所：				
22	患者電話番号：自宅 - - 携帯 - - 患者または保護者Email： @				
23	調査時点の患者の主たる所在：□医療機関 □自宅 □勤務先・学校 □その他( ) □不明 連絡先住所： 電話番号： - -				
24	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： - -				
25	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： - -				
26	身長( )cm 体重( )kg				
	基礎疾患(先天性疾患含む)		なし・あり	※ありの場合具体的に	
	アレルギー		なし・あり	※ありの場合具体的に	
	新型コロナウイルス感染症の罹患歴 陽性確定日 西暦 年 月 日		なし・あり	※ありの場合具体的に	
	過去2ヶ月以内のワクチン接種歴の有無		なし・あり	※ありの場合：種類・接種日( )	
	新型コロナウイルスワクチンの接種歴		なし・あり	※ありの場合：接種回数・種類・最終接種日	
	※母子手帳などの記録のコピーでも可				
服薬等の有無 なし・あり ※ありの場合具体的に					
最近の渡航歴 なし・あり ※ありの場合具体的に					
過去14日以内の体調不良の人との接触歴の有無： なし・あり ありの場合：いつ、どこで接触したか、接触の相手の医療機関受診の有無と症状・診断など具体的に					
ペット飼育歴または動物曝露歴の有無 なし・あり ※ありの場合詳細( )					

症状		※必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報も記入							
27	症状など	月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	最高体温 (°C)								
	咳嗽	有・無							
	呼吸困難	有・無							
	鼻汁・鼻閉	有・無							
	咽頭痛	有・無							
	腹痛	有・無							
	下痢	有・無							
	嘔気・嘔吐	有・無							
	黄疸	有・無							
	白色便	有・無							
	全身倦怠感	有・無							
	その他 ( )	有・無							
	症状など	月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	最高体温 (°C)								
咳嗽	有・無								
呼吸困難	有・無								
鼻汁・鼻閉	有・無								
咽頭痛	有・無								
腹痛	有・無								
下痢	有・無								
嘔気・嘔吐	有・無								
黄疸	有・無								
白色便	有・無								
全身倦怠感	有・無								
その他 ( )	有・無								
28	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	
29	診断前の臨床経過・治療内容・行動やイベントなど、その他特記事項等：								
30	診断後経過等 合併症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合、下記に合併症と記入)								

31	入院：□なし□あり（ありの場合 入院期間 月 日～ 月 日）		
	入院医療機関名：	診療科名：	主治医名：
	入院医療機関所在地：	連絡先：	
32	患者受診後の医療行為：		
	月日	医療機関名	実施者氏名
	/		
	/		
33	転帰： 外来治療で回復・入院治療で回復・肝移植あり・死亡 ・ 不明（要事後確認）		
	自由記載欄		

**検査結果** ※検査・検体の扱い等の詳細については事務連絡を参考にしつつご検討ください。

34	血液検査値（報告日時点までの最高値）				
	AST	IU/L（月 日）	ALT	IU/L（月 日）	
	T-Bil	mg/dL（月 日）	PT-INR	（月 日）	
35	肝炎の原因ウイルス等の検査（血液の場合は全血か血清か記載）				
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法 検査施設
	A型肝炎ウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	B型肝炎ウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	C型肝炎ウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	E型肝炎ウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	単純ヘルペスウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	サイトメガロウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	EBウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
	アデノウイルス			陰性・陽性・その他（ ）	
36	●培養検査 あり・なし・不明				
	ありの場合			陰性・陽性（菌名： ）	
	●抗原検査 あり・なし・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	
	溶血性連鎖球菌			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（ ）		
●地方衛生研究所での検査（予定）				アデノウイルス結果判明予定日	
送付検体	全血・血清・便・呼吸器由来・尿・その他（			月 日	
自由記載欄 ※地方衛生研究所でのアデノウイルス結果が分かれば記載（検体材料・検査方法・陽性/陰性・型）					