

# 従前 (R4.6.30改正後) の届出項目 (HER-SYS) 1



発生届(ver.2) ※ 発生届の提出は、感染症法第12条に基づく義務です。必要な事項を入力の上、速やかに提出して下さい。

FAX様式  on  off

実際の届出日を入力してください

届出に必要な項目

報告年月日	2022/08/31	<input type="text"/>
従事する病院・診療所の名称	新潟県庁医務室	<input type="button" value="外来機関を検索"/>
上記病院・診療所の所在地	新潟市中央区新光町4番地1	
電話番号	025-285-5511	
医師の氏名	<input type="text" value="姓"/>	<input type="text" value="名"/>

届出必須項目

該当時届出項目

届出先保健所 新潟市保健所

診断（検案）した者（死体の種類）  ※ 疑似症患者について、入院を要しないと認められる場合は、発生届の提出は不要

当該者情報

フリガナ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
当該者氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> その他	
生年月日	<input type="text" value="西暦"/>	<input type="text" value="1999/01/01"/>

診断時の年齢（0歳は月齢）

当該者所在地	郵便番号 <input type="text"/>	都道府県 <input type="text"/>	市区町村 <input type="text"/>	丁目番地 <input type="text"/>
--------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

※ 住所は現在居住している住所を記入

電話番号1  ※ こちらの番号に My HER-SYS 等の通知が届きます

担当保健所 新潟県

当該者住所

※ 住民票のある住所等

当該者所在地と同じ

電話番号2

電話番号1と同じ

保護者氏名

保護者電話番号  ※ 保護者氏名、電話番号は患者が未成年の場合のみ記入

電話番号1と同じ

# 従前 (R4.6.30改正後) の届出項目 (HER-SYS) 2

## 診断情報

診断 (検案) 年月日

日付選択

検体採取日  
(診断の根拠となったもの)

日付選択

※みなし等で検体採取をしていない場合は、診断年月日を入力してください

発病年月日  
(有症状の場合)

日付選択

※患者 (確定例) を診断した場合にのみ入力すること

死亡年月日

日付選択

(死亡者検案の場合)

## 新型コロナウイルスワクチン接種歴 ※ワクチン接種回数が0の場合は「0」と選択し、不明の場合は「不明」と選択

接種回数

▼ 回

直近の新型コロナウイルス  
ワクチン接種年月日



※カレンダーからも入力可能です

▼ ▼ ▼

直近の  
新型コロナウイルスワクチン

▼

※リストに無いワクチンの場合は、その他を選択し接種ワクチンの種類を記入

## 重症化のリスク因子となる疾患等

※該当するものにチェックを入れ、下記以外の因子があればその他に記入

重症化リスク因子となる  
疾患等の有無

無  有

悪性腫瘍

無  有

慢性呼吸器疾患  
(COPD等)

無  有

※慢性閉塞性肺疾患、間質性肺疾患、肺塞栓症、肺高血圧症、気管支拡張症等

慢性腎臓病

無  有

心血管疾患

無  有

脳血管疾患

無  有

喫煙歴

無  有

高血圧

無  有

糖尿病

無  有

脂質異常症

無  有

肥満 (BMI30以上)

無  有

臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由による免疫機能の低下

無  有

妊娠

無  有

※その他

▼

発生届出時点の重症度（新型コロナウイルス感染症診療の手引きによる。）

重症度  軽症  中等症I（呼吸不全なし）  中等症II（呼吸不全あり）  重症  無症状

発生届出時点の入院の必要性  無  有

発生届出時点の入院  無  有

任意入力項目

発生届出時点の入院

入院年月日

日付選択

入院医療機関

医療機関名を検索

×

医療機関を検索

該当時、可能であれば入力してください

これ以降の項目については、  
入力不要です

# 従前 (R4.6.30改正後) の届出項目(発生届様式)

届出必須項目

該当時届出項目

別記様式 6-1

新型コロナ

実際の届出日を記載してください

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...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。

(\*)欄は、該当する番号を右欄に記入

報告年月日 2 0 年 月 日

医師の氏名	
従事する病院・診療所の名称	
上記病院・診療所の所在地(※1)	
電話番号(※1)	※1 病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記入(電話番号はハイフンは含まない)

診断(検案)した者(死体)の種類(*)	
1. 患者(確定例)、2. 無症状病原体保有者、3. 疑似症患者(※2)、4. 感染症死亡者の死体、5. 感染症死亡疑い者の死体	
※2疑似症患者について、入院を要しないと認められる場合は、発生届の提出は不要	

フリガナ		性別(*)	
		1. 男、2. 女、3. その他	

当該者氏名				
生年月日(西暦)	年 月 日	診断時の年齢(※3)	歳	カ月

可能であれば携帯電話番号を入力してください

当該者所在地(※4)	
当該者電話番号(※5)	※4 届出時点で当該者が居住している住所を記入

保護者氏名(※6)	
保護者電話番号(※5、6)	※5 電話番号は、連絡が取れる番号(携帯電話番号を推奨)、左詰めに記入(ハイフンは含まない) ※6 保護者氏名および電話番号は、患者が未成年の場合のみ記入

診断(検案)年月日	2 0 年 月 日
診断の根拠となった検体の採取年月日(※7)	2 0 年 月 日
発病年月日(有症状の場合)	2 0 年 月 日

死亡年月日(死亡者検案の場合)	2 0 年 月 日
-----------------	-----------

※7 疑似症患者の検体採取年月日、診断(検案)年月日を記入

ワクチン接種回数(※8)	回	直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日	2 0 年 月 日
--------------	---	-----------------------	-----------

直近に接種した新型コロナウイルスワクチン(*) (注)下記以外のワクチン接種の場合は6. その他に記入	
1. ファイザー、2. モデルナ、3. アストラゼネカ、4. ノババックス、5. 不明	
6. その他	

※8 ワクチン接種回数が0の場合は「0」と記入し、不明の場合は「不明」と記入

重症化のリスク因子となる疾病等の有無 (注)該当する番号の横に✓、下記以外のリスク因子があれば13. その他に記入	
1. 悪性腫瘍、2. 慢性呼吸器疾患(COPD等)(※9)、3. 慢性腎臓病、4. 心血管疾患、5. 脳血管疾患、6. 喫煙歴、7. 高血圧、8. 糖尿病、9. 脂質異常症、10. 肥満(BMI130以上)、11. 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る免疫機能の低下、12. 妊娠	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

13. その他	
---------	--

※9 慢性閉塞性肺疾患、間質性肺疾患、肺塞栓症、肺高血圧、気管支拡張症等

届出時点の重症度(「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」による。)(*)	
1. 軽症、2. 中等症Ⅰ(呼吸不全なし)、3. 中等症Ⅱ(呼吸不全あり)、4. 重症、5. 無症状	

届出時点の入院の必要性の有無(*)		届出時点の入院の有無(*)	
1. 有、2. 無		1. 有、2. 無	

この届出は診断後直ちに行ってください