HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

● 届出対象は、以下の４つの要件いずれか満たす方です
① 65歳以上　② 入院を要する
③ 重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬又は酸素投与が必要
④ 妊婦

※ 新型コロナウイルス感染症により死亡した患者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む）の死体を検案した場合は、上記４要件に限定されず、全数が届出対象となります。

【入力時の留意事項等（国様式部分）①】

① 65歳以上
の要件は、**「診断時点」**において、65歳以上の方になります。
※ 診断時に64歳、療養期間中に65歳になる方は届出の年齢要件は満たしません。

HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

【入力時の留意事項等（国様式部分）②】

③　重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬又は酸素投与が必要
の要件を満たす方は、**重症化リスク因子を選択（その他の場合は具体的なリスク因子を入力）**した上で、**治療薬投与の必要性の有無又は酸素投与の必要性の有無**の項目に「有」と入力してください。
④　妊婦
の要件を満たす場合は、**妊娠**の項目に「有」と入力してください。

12月9日の改修で
ワクチン接種回数5回を選択できるようになりました。

②　入院を要する
の要件を満たす場合は、届出時点の入院の必要性の有無に「有」と入力してください。
※　届出時点で入院している場合は、届出時点の入院の有無に「有」と入力してください。

HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

【入力時の留意事項等（都様式部分）①】

以降、任意入力項目

１５ 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　医療機関名を検索

１６ 当該者情報

その他の住所 〒　郵便番号　市区町村　丁目番地

※６当該者所在地・７当該者住所とは異なる居住地が存在する場合に記入　当該者所在地と同じ

職業　当該者電話番号と同じ　電話番号　連絡のつく携帯電話推奨

１７ 診断方法

検査
- 検査方法：核酸増幅法
- 検体：咽頭拭い液
- 検体採取日：2022/10/27
- 結果：陰性　陽性　その他

自由記述欄

１８ 症状

・発熱	無	有	症状なし
・咳	無	有	
・咳以外の急性呼吸器症状	無	有	
・肺炎像	無	有	
・重篤な肺炎	無	有	
・急性呼吸窮迫症候群	無	有	
・多臓器不全	無	有	
・全身倦怠感	無	有	
・頭痛	無	有	
・嘔気/嘔吐	無	有	
・下痢	無	有	
・結膜炎	無	有	
・嗅覚・味覚障害	無	有	
・咽頭痛	無	有	
・酸素飽和度（室内気）	%		
・その他症状			

「17 診断方法」及び「18 症状」については、患者の療養調整に必要な情報であるため、引き続き入力をお願いいたします。

HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

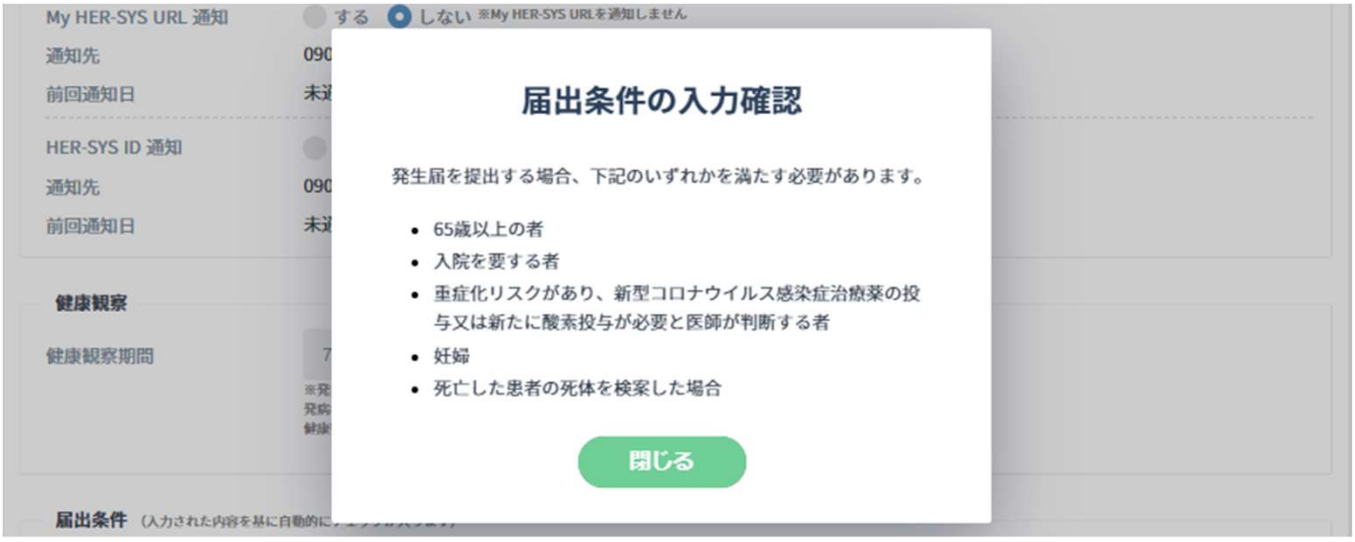
【入力時の留意事項等（都様式部分）②】

当該届出患者に対する健康観察を、自医療機関において実施していただける場合は、
引き続き**「20 感染経路分析」の「医師が必要と認める事項」**に
「自医療機関で健康観察を実施」と入力してください。

HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

【入力時の留意事項等（届出条件の確認）】

入力された内容を基に、満たしている届出条件に自動でチェックが入ります。
チェックが入っていない状態で確認ボタンを押下すると、届出条件の入力確認に関するエラーメッセージが表示されます。



HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

- 届出対象は、以下の４つの要件いずれか満たす方です

①　65歳以上　②　入院を要する
③　重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬又は酸素投与が必要
④　妊婦
※　新型コロナウイルス感染症により死亡した患者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む）の死体を検案した場合は、上記４要件に限定されず、全数が届出対象となります。

【記載時の留意事項等（国様式部分）】

別記様式７５

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。

（＊）欄は、該当する番号を右側に記入

報告年月日　2　0　年　月　日

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

当該者所在地（※4）　〒　－

※3 月齢は0歳児のみ記入、右詰めに記入

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）

この届出は診断後直ちに行ってください

※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、

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12

※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。）（＊）

届出時点の入院の必要性の有無（＊）1. 有、2. 無

届出時点の入院の有無（＊）1. 有、2. 無

①　65歳以上
の要件は、**「診断時点」**において、65歳以上の方になります。
※　診断時に64歳、療養期間中に65歳になる方は届出の年齢要件は満たしません。

③　重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬又は酸素投与が必要
の要件を満たす方は、重症化リスク因子欄に✔を記載した上で、**13.その他の欄**にその旨を記載してください。
例：**「新型コロナ治療薬（ラゲブリオ）の投与が必要」**

④　妊婦
の要件を満たす場合は、**12.妊娠の欄に「✔」**と記載してください。

②　入院を要する
の要件を満たす場合は、**届出時点の入院の必要性の有無に「１」**と記載してください。
※　届出時点で入院している場合は、**届出時点の入院の有無に「１」**と記載してください。

HER-SYS入力及び発生届記載時の留意事項

【発生届（都追加項目部分）】

- 都における新型コロナウイルス感染症対策に必要な項目については、感染症法第15条に基づく調査として、都独自の発生届様式に追加項目として定めた項目です。
- **「当該者住所」・「症状」・「診断の根拠となった検査種別」・「自医療機関における健康観察実施の有無」**については、患者の療養調整に必要な項目であるため、引き続き記入をお願いいたします。

・当該者住所
届出時点の患者の居所と住民登録のある住所が異なる場合は、住民登録上の住所等を記載
・症状
診断時点の患者の症状に「〇を記載」
・診断の根拠となった検査種別
「診断の根拠となった検体の採取日」に係る検査方法の種別に「〇」を記載

下記の項目は、感染症法第15条に基づく調査として情報提供を求め、患者の療養調整や感染源の推定等に用いるものです。可能な限り、ご記入願います。
・当該者職業（　　）
・当該者住所（**所在地と異なる場合記載**）（　　電話：（　　）　　－
・症状（該当に〇、15は数値を記入）：1.発熱、2.咳、3.咳以外の急性呼吸器症状、4.肺炎像、5.重篤な肺炎、6.急性呼吸窮迫症候群、7.多臓器不全、8.全身倦怠感　9.頭痛、10.嘔気/嘔吐、11.下痢、12.結膜炎、13.嗅覚・味覚障害、14.咽頭痛、15.酸素飽和度（室内気）＿＿＿%、16.その他（　　）17.症状なし
・診断の根拠となった検査種別（該当に〇）：1.核酸増幅法、2.抗原定性検査、3.抗原定量検査、4.分離同定
・感染経路（該当に〇）（確定・推定・不明）（飛沫感染・接触感染・その他[　　]）
感染源・状況等（　　）
・感染地域（該当に〇）（確定・推定・不明）
1　日本国内（　　都道府県　　区市町村）　場所名称（　　）
2　国外（国：　　詳細地域：　　）、出／入国日（20　.　.　／20　.　.　）
・自医療機関における健康観察実施の有無（該当に〇）（有・無）

・自医療機関における健康観察実施の有無
当該届出患者に対する健康観察を、自医療機関において実施していただける場合は、「有」に「〇」を記載