

## 新型コロナウイルス感染症(疑似症患者を含む) 基本情報・臨床情報調査票

## 基本情報

ID \_\_\_\_\_

1	調査担当保健所名：	調査者氏名：
	調査日時： 年 月 日 時	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( )	本人との関係( )
	調査回答者連絡先：自宅電話： - -	携帯電話： - -
3	診断分類： 新型コロナウイルス感染症(患者(確定例)・無症状病原体保有者・疑似症患者)	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
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	国籍：	22	患者住所：		
23	患者電話番号：自宅 - -	携帯	- -		
	患者Email： @				
24	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： - -				
25	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： - -				
26	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： - -				
	妊娠	無・有	(妊娠 週)		
	喫煙	無・有	( 歳から 本/日)		
	糖尿病	無・有			
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)	無・有	(具体的に )		
	腎疾患	無・有	(ありの場合、透析 あり・なし)		
	肝疾患	無・有	(具体的に )		
	心疾患	無・有	(具体的に )		
	神経筋疾患	無・有	(具体的に )		
	血液疾患(貧血等)	無・有	(具体的に )		
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む)	無・有	(具体的に )		
	悪性腫瘍(がん)	無・有	(具体的に )		
	その他(				

28	症状		必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報も記入									
	月日		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
症状など												
最高体温 ( )												
呼吸器 症状	咳嗽	無・有										
	呼吸困難	無・有										
	鼻汁・鼻閉	無・有										
	咽頭痛	無・有										
その他	嘔気・嘔吐	無・有										
	結膜充血	無・有										
	頭痛	無・有										
	全身倦怠感	無・有										
	関節筋肉痛	無・有										
	下痢	無・有										
	意識障害	無・有										
	けいれん	無・有										
	その他 ( )	無・有										
月日			月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
症状など												
最高体温 ( )												
呼吸器 症状	咳嗽	無・有										
	呼吸困難	無・有										
	鼻汁・鼻閉	無・有										
	咽頭痛	無・有										
その他	嘔気・嘔吐	無・有										
	結膜充血	無・有										
	頭痛	無・有										
	全身倦怠感	無・有										
	関節筋肉痛	無・有										
	下痢	無・有										
	意識障害	無・有										
	けいれん	無・有										
	その他 ( )	無・有										
29	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											
30	探知の契機: 新型コロナウイルス感染症届出症例 (類型:患者(確定例)、無症状病原体保有者、疑似症例、その他) 健康観察対象者(確定例ID: 氏名: ) その他( )											
31	診断前の臨床経過・治療内容・その他特記事項等:											

32	入院： 無 有（有の場合 入院期間 月 日～ 月 日） 入院医療機関名： 診療科名： 主治医名： 疑似症定点医療機関 該当 ・ 非該当 入院医療機関所在地： 連絡先：			
33	胸部X線 無 ・ 有（所見 ）			
34	胸部CT 無 ・ 有（所見 ）			
35	人工呼吸器使用の有無 無 ・ 有			
36	患者受診後の医療行為：			
	月日	医療機関名	医療行為	備考(検査・医療行為等の結果、等)
	/			
	/			
37	転帰 退院（退院日 年 月 日） 死亡（死亡日 年 月 日）			
38	その他の経過			

## 検査結果

39	新型コロナウイルスの検査				
	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設
			陰性・陽性・その他（ ）		
			陰性・陽性・その他（ ）		
			陰性・陽性・その他（ ）		
			陰性・陽性・その他（ ）		
40	新型コロナウイルス以外の検査				
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法 検査施設
	<b>培養検査 無 ・ 有 ・ 不明</b>				
	ありの場合			陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
				陰性・陽性（菌名： ）	
	<b>抗原検査 無 ・ 有 ・ 不明</b>				
	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	
	肺炎球菌			陰性・陽性	
	レジオネラ			陰性・陽性	
	<b>その他検査法</b>				
病原体名( )			陰性・陽性・その他（ ）		
病原体名( )			陰性・陽性・その他（ ）		
病原体名( )			陰性・陽性・その他（ ）		
自由記載欄					