HER-SYSでの発生届の提出時の注意点（R4年8月12日時点）

【65以上の者、65歳未満の重症化リスクのある者】
従来どおりの項目の記載が必須です

【65歳未満で重症化リスクのない者】
以下の項目の記載が必須です
- 陽性者氏名（ふりがなを除く）
- 性別
- 生年月日
- 当該者所在地（市区町村名まで）
- 電話番号（当該者又は保護者電話番号のいずれか１つで足りるものとする）

【診断類型】

診断（検案）した者（死体）の類型：患者(確定例)

療養期間に影響します。間違いなく選択してください。
「患者（確定例）」「無症状病原体保有者」「疑似症患者」等

みなし陽性（同居家族等の濃厚接触者のうち有症状の者で検査を行わずに医師が診断を行う）の場合は、類型は「疑似症患者」を選択してください。

【当該者情報】

フリガナ：ミヤザキ

【65歳未満（リスクなし）の者】フリガナは省略可能。

当該者氏名：宮崎

当該者所在地：

※住所は現在居住して

届出時点での所在地（入院中や帰省中などはその場所の住所）を記入してください。
【65歳未満（リスクなし）の者】丁目番地は省略可能。

電話番号1：09012345678

この電話番号を元に本人等へ連絡を取ります。間違いのないよう、ご確認ください。原則、携帯電話番号を入力してください。

【診断情報】

診断（検案）年月日：2022/08/10

検体採取日（診断の根拠となったもの）：2022/08/10

発病年月日（有症状の場合）：2022/08/08

【65歳未満（リスクなし）の者】
現在、HER-SYSのシステム改修中であり、「診断年月日」「検体採取日」を記載しないと登録できなくなっています。必須項目ではありませんが当面の間、入力をお願いします。（報告日の入力で構いません）

【65歳以上、重症化リスクのある者】
症状経過等から発症日を確定していただき患者にも発症日をお伝えください。

【重症化のリスク】

重症化リスク因子となる疾患等の有無：○無 ●有

【65歳以上、重症化リスクのある者】
療養先や健康観察方法を決定するうえで重要な項目です。
該当するものに必ずチェックを入れてください。

悪性腫瘍：●無 ○有

慢性呼吸器疾患（COPD等）：○無 ●有

慢性腎臓病：○無 ●有

発生届出時点の重症度（新型コロナウイルス感染症診療

重症度：●軽症 ○中等症I

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

【診断方法】＊みなし陽性の場合

	検査方法	検体
検査	その他	その他
自由記述欄	臨床診断	

検査方法　：　その他
検体　：　その他
検体採取日　：　診断日
結果　：　その他
自由記載欄　：　臨床診断

発生届記入時の注意点（R4年8月12日時点）

65歳未満（重症化リスクなし）必須記載項目

65歳以上、65歳未満で重症化リスクのある陽性者の必須記載項目

診断類型
療養期間に影響しますので診断類型は間違いなく記入してください。みなし陽性（同居家族等の濃厚接触者のうち有症状の者で検査を行わずに医師が診断を行う）は、届出が必要です。診断いた者の類型は「３疑似症患者」で記載してください。

当該者所在地
届出時点での所在地（療養を行う場所：入院中や帰省中の場合はその住所）をご記入ください

電話番号
この番号をもとに本人等へ連絡をとります。間違いのないようご確認ください。携帯電話番号が分かる場合は、携帯電話番号を記載してください。

発病年月日
症状経過等から発病年月日を確定していただき,患者にもお伝えください。

重症化リスク因子
重症度
療養先や健康観察方法を決定するうえで重要な項目です。

別記様式６－１

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、該当する番号を右欄に記入

報告年月日　２０　　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）の類型（＊）
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
※3 月齢は0歳児のみ記入、右詰めに記入
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　２０　年　月　日
診断の根拠となった検体の採取年月日（※7）　２０　年　月　日
発病年月日（有症状の場合）　２０
死亡年月日（死亡者検案の場合）　２０　年　月　日
※7 疑似症患者の検体採取年月日は、診断（検案）年月日を記入

みなし陽性の場合
「**臨床診断**」
と記載

ワクチン接種回数（※8）
直近のコロナウイルスワクチン接種年月日　２０
直近に接種した新型コロナウイルスワクチン（＊）　※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　5. 不明
6. その他　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
1. 慢性腎臓、2. 慢性呼吸器疾患（COPD等）（※9）、3. 慢性肝臓病、4. 心血管
10. 肥満（BMI30以上）、11. 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その
1　2　3　4　5
13. その他
※9　疾患等

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

この届出は診断後直ちに行ってください

診断年月日
検体採取年月日
現在、HER-SYSのシステム改修中であり、記載しないと登録できなくなっています。65歳未満の者に関しても必須項目ではありませんが当面の間、記入をお願いします。（報告日の入力で構いません）

みなし陽性の場合、診断類型を「疑似症患者」とするとともに空いている所に「臨床診断」と必ず記載してください。

HER-SYS未導入の医療機関におかれましては、本システムの利用者登録及び御活用を御検討いただきますようお願いいたします。詳細については、管轄の保健所へお問合せください。