

事務連絡
令和2年5月13日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県
医師会・郡市区医師会等への運営委託等について（その2）

新型コロナウイルス感染症が拡大している地域においては、既存の帰国者・接触者相談センター及び帰国者・接触者外来等における業務が増加していることを踏まえ、更なる検査体制の確立のために、「行政検査を行う機関である地域外来・検査センターの都道府県医師会・郡市区医師会等への運営委託等について」（令和2年4月15日付け事務連絡。以下「事務連絡」という。）において、都道府県医師会・郡市区医師会等に対して地域外来・検査センターの運営委託ができることをお示ししたところである。

今般、「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項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について（一部改正）」（令和2年5月13日健感発0513第4号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）において、届出基準の検査方法に「迅速診断キットによる病原体の抗原の検出」及び検査材料に「鼻咽頭拭い液」を追加したことから、事務連絡の別添2の内容を一部改正したので、貴職におかれては、地域の医師会や医療機関をはじめとする関係者へ周知し、地域の感染拡大状況を踏まえた検査体制の確立を進めていただくようお願いする。

(別添2)

令和 年 月 日

令和 年 月 日

診療情報提供書

保健所報告書

地域外来・検査センター 御担当医殿

地域外来・検査センター名【 】

下記新型コロナウイルス感染の疑いの所見あり、PCR検査をお願いしたく存じます。2～7を記載

1・8を記載

医師氏名【 】

| 提出者情報 | |
|---------|--|
| 医療機関名称 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| ファックス番号 | |
| 医師氏名 | |
| 所属医師会 | |
| 管轄保健所 | |

| 1.検査結果等 | |
|------------|---|
| 検査採取日 | 令和 年 月 日 |
| 検体の種類 | <input type="checkbox"/> 咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(PCR) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭(抗原) |
| 検査結果 | <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| 検査結果判明日 | 令和 年 月 日 |
| 新型コロナ以外の検査 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| └実施した検査と結果 | |

| 2.患者情報 | | | |
|-------------------------|--|-----------|---|
| ふりがな | | 生年月日・年齢 | (明治、大正、昭和、平成、令和) 年 月 日 歳 |
| 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 職業 | | (勤務先・学校等) | |
| 住所 | | | |
| 電話番号(自宅) | | 電話番号(携帯) | |
| メールアドレス | | | |
| 現時点の居所 | | | |
| 医療保険情報(被保険者番号・記号・番号・枝番) | | | |
| 同居家族 | <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等) <input type="checkbox"/> なし | | |

| 3.患者本人以外の連絡者 | | | |
|--------------|--|----------|--|
| ふりがな | | 続柄 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号(自宅) | | 電話番号(携帯) | |
| メールアドレス | | | |

| 4. 医師による確認事項 | | | |
|--------------|---|---------|---|
| 妊娠の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | ありの場合月数 | |
| 喫煙の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 喫煙歴 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 基礎疾患の有無 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

| 5.症状あるものにチェック | | 6.現在の処方 | |
|---|--|---------|--|
| <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 () 日前から | | | |
| <input type="checkbox"/> 発熱 () 日前から | | | |
| <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 () 日前から | | | |
| <input type="checkbox"/> 呼吸苦 () 日前から | | | |
| <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 () 日前から | | | |
| <input type="checkbox"/> その他の症状 () | | 7. 特記事項 | |

| 8.患者の症状等 | | | |
|-----------|---|--------------|----------|
| 重症か否か | <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重症でない | 重症(※)と判断した日付 | 令和 年 月 日 |
| 発症年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| 検査依頼時点の症状 | <input type="checkbox"/> 4と5と同じ <input type="checkbox"/> それ以外の症状(具体的に記載) | | |
| 推定感染源 | | | |

※黄色の欄は外来・検査センター側で記載 ピンク・赤の欄は紹介元医療機関で記載

※重症とは、ICU入室又は人工呼吸器の使用