

# 簡略化届出項目(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  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	×
従事する病院・診療所の名称	新潟県庁医務室	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	姓	名

届出必須項目

該当時届出項目

省略可能項目

届出先保健所 新潟市保健所

診断（検察）した者（死体）の類型  ※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	西暦 <input type="text"/>	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 09012345678 ※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 09012345678

電話番号1と同じ

保護者氏名

保護者電話番号 09012345678 ※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

# 簡略化届出項目(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

システム改修終了までは診断日を入力

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  
(死亡者検案の場合)

日付選択

## 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

該当時、可能であれば入力してください

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

これ以降の項目については、  
入力不要です

# 簡略化届出項目(発生届様式)

届出必須項目

該当時届出項目

省略可能項目

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1項(同条第2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(*)																																																													
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)												可能であれば携帯電話番号を入力してください																																																												
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は、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(BMI30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、肺塞栓性症、肺動脈圧、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