

令和 7 年度 宮城県新型インフルエンザ等対策訓練実施要領
(感染症患者発生時対応訓練)

令和 8 年 1 月
保健福祉部
疾病・感染症対策課

第 1 訓練の目的

宮城県新型インフルエンザ等対策行動計画及び感染症予防計画に基づき、疑い患者発生時の検体採取・搬送、入院・移送等の調整などの対応訓練を実施し、新型インフルエンザ等の発生に備え、感染症指定医療機関、保健所、保健環境センター、疾病・感染症対策課等の連携構築及び対応力強化を図る。

第 2 訓練日時

令和 8 年 1 月 20 日 (火) 午前 10 時から午後 3 時 30 分まで

第 3 訓練場所

みやぎ県南中核病院、宮城県大河原合同庁舎、保健環境センター

第 4 訓練参加機関

みやぎ県南中核病院 (第二種感染症指定医療機関)、宮城県仙南保健所、保健環境センター、疾病・感染症対策課

第 5 主な訓練項目

1 図上訓練

感染症患者発生時の情報伝達及び調整を実施する。

- (1) 疑似症届出案件の入院勧告等に係る判断
- (2) 感染症患者受入病院の調整
- (3) 感染症患者移送、行政検査等の調整

2 実動訓練

感染症患者の移送等を行い、現場での手順確認を実施する。

- (1) 感染症患者移送
- (2) 感染症患者の受入
- (3) 疑似症患者の検体の検査

第 6 訓練編成

1 訓練担任官 (訓練全般の企画及び実施の統制を行う。)

保健福祉部技術参事

2 訓練担任官補佐

仙南保健所長、保健環境センター所長、疾病・感染症対策課長

- 3 プレーヤー（状況付与等に対応して訓練を行う。）
訓練参加機関職員
- 4 コントローラー（患者役）
疾病・感染症対策課職員
- 5 訓練見学者
県保健所・支所職員、感染症指定医療機関に所属する職員等

第7 訓練会議

第5に規定する訓練内容等については、訓練参加機関による打合せの上、詳細を決定する。

第8 患者発生の想定

X国において11月9日に発生した新型インフルエンザについて、11月23日に国が発生を公表、同日に府県対策本部及び県対策本部を設置した。

県対策本部設置から約1週間後に国内1例目、約3週間後に県内1例目が発生し、12月末までに、県内で散発的に数例が発生している状況である。

1月20日に県外自治体Yに滞在後、発熱等の症状を発症した仙南保健所管内在住の患者が協定締結医療機関（Z診療所）を受診した。

第9 訓練の進行要領

1 訓練統制

- (1) 訓練開始及び訓練終了の統制は、訓練担任官が行う。
- (2) 訓練開始前または訓練実施中に、別に定める実施基準に該当する事象が発生した場合は、関係機関と協議の上、訓練担任官の指示により訓練を中止する。

第10 訓練の評価

- 1 訓練の間、プレーヤーの活動を確認し、活動内容を評価する。
- 2 評価者は、別に定める。

第11 訓練終了後の振り返り

訓練終了後別日程にて、訓練終了後の振り返りを実施する。

第12 感染症対策

図上訓練は、定期的な換気、マスクを着用する等感染症対策に留意する。
実動訓練は、個人防護具の適切な着用、換気等の感染症対策を講じ実施する。

第13 その他

- 1 必要に応じて訓練の円滑な実施のため実施病院の患者受入動線等の確認を実施する。
- 2 このほか、訓練の実施に関し必要な事項は、訓練担任官が定める。

(別紙)

1 訓練の実施基準 (中止の目安)

区分	事象の例	中止判断の目安
自然災害	地震、風水害、火山災害等の発生	県災害対策本部の設置 又は 県内で甚大な被害が発生した場合
感染症のまん延	新型インフルエンザ等感染症又は 一類感染症の発生	県内で新型インフルエンザ又は 一類感染症等が発生した場合
高原性鳥インフルエンザ等の発生	家畜の鳥インフルエンザ、豚熱の発生	県内で鳥インフルエンザ等が発生した場合
その他	訓練の実施が困難となる事象が発生した場合	

2 訓練評価者

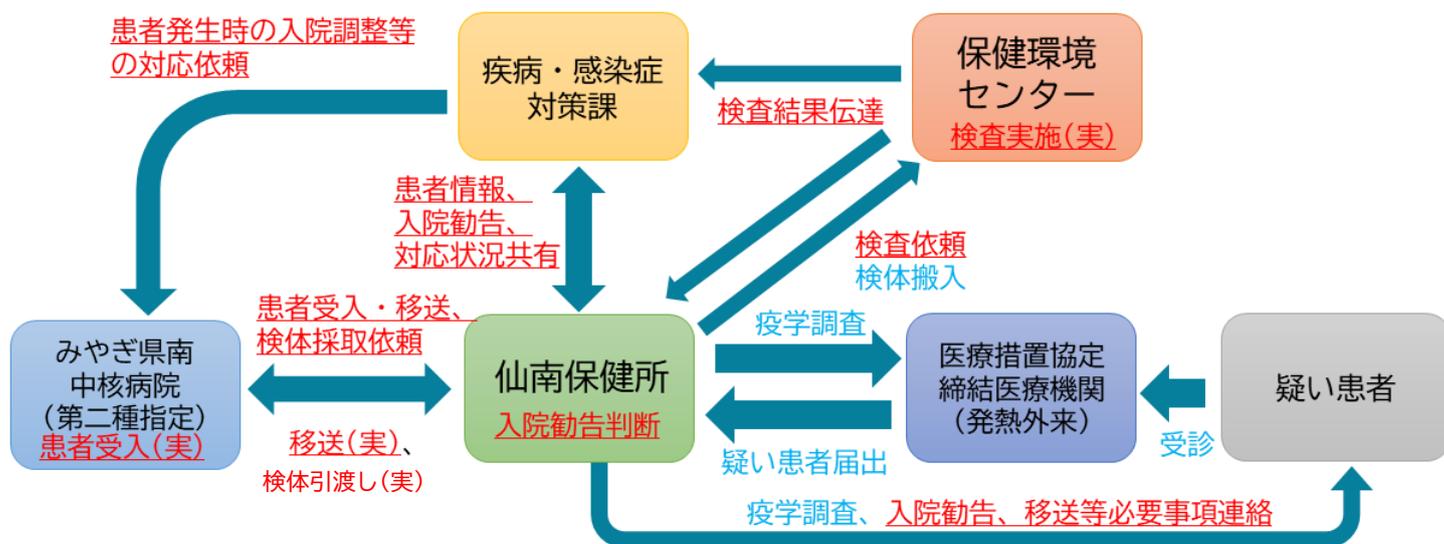
所属	氏名
東北大学病院 感染管理室副室長	北村 知穂

令和7年度新型インフルエンザ等対策訓練の全体像

訓練シナリオ

- X国において11月初旬に発生した新型インフルエンザについて国が発生を公表、同日に政府対策本部及び県対策本部を設置。
- 対策本部設置から約1週間後に国内1例目、約3週間後に県内1例目が発生し、12月末までに県内で散発的に数例発生した。
- 県外自治体Yに滞在後、発熱等の症状を発症した仙南保健所管内在住の患者が協定締結医療機関(Z診療所)を受診した。

訓練における各機関の連携イメージ (下線:実施訓練 (実)実動訓練)



訓練内容

時間	午前10時～12時	午後1時15分～3時	
	図上訓練	実動訓練	
訓練内容	①入院勧告・移送判断 ②病院との受入調整 ③保健環境センターへの検体搬送等の手順確認	患者移送訓練 ①感染症患者移送	患者受入訓練 ①感染症患者受入 ②診察 ③検体採取 ④患者誘導(～病床)
会場	大河原合同庁舎		みやぎ県南中核病院
場所・訓練イメージ	大河原合同庁舎 情報伝達・調整 (みやぎ県南中核病院)	仙南保健所 (大河原合同庁舎内) 患者移送車(HC) 患者集合地点 (合庁駐車場)	みやぎ県南中核病院 患者診察ブース
感染症指定医療機関見学	○	○	○
行政機関見学	○	○	-

※同日に保健環境センターで検体検査訓練を実施

訓練の実施内容 と今後の課題

1 訓練担任官あいさつ、訓練評価者紹介

2 訓練担任官 訓練開始合図

3 図上訓練（午前）

i-1 ナレーション①（訓練想定、疑似症患者発生届）

i-2 訓練セクション①

- ・疑似症発生届の保健所内対応検討、情報共有

ii-1 ナレーション②（積極的疫学調査等）

ii-2 訓練セクション②

- ・県とみやぎ県南中核病院との患者受入調整
- ・保健環境センターとの検体検査の調整

iii-1 ナレーション③（患者移送、患者受入、行政検査）

iii-3 訓練セクション③

- ・保健環境センターから保健所への検査結果伝達
- ・保健所の今後の対応確認

IV-4 ナレーション④（陽性確定後の対応）

4 訓練担任官 図上訓練終了合図

※本訓練で使用する様式は新型コロナ対応当時の様式を参考に
独自に作成した（状況付与資料としてあらかじめ配布）

状況付与①：症例定義通知

状況付与②：疑似症発生届

状況付与③：疫学調査票

状況付与④：医療機関連絡用

5 実動訓練（午後）

図上訓練（大河原合庁庁舎）



実動訓練（患者移送～受入、検体採取_仙南保健所～みやぎ県南中核病院）



患者移送



患者引継ぎ



患者移動



検体検査

実動訓練（検体検査_保健環境センター）



【訓練上の想定時間】

令和7年11月9日から令和8年1月19日まで

【本訓練の患者発生に至るまでの時系列】

■ 本日の訓練に至る時系列を説明します。

- 11月9日に、国から、WHOのX国における疑い事例報告覚知の連絡があり、県では、感染症連携協議会等を開催し、感染症指定医療機関のほか関係機関に今後の対応要請を行っております。
- 11月23日には、国による新型インフルエンザ発生報告（厚生労働省から総理大臣）が行われたことにより、新型インフルエンザ政府対策本部、宮城県新型インフルエンザ対策本部が設置されます。
- 23日以降、県では協定締結医療機関（病床確保や発熱外来）への対応要請、11月30日に国から示された症例定義（疑似症含む）及び発生届の取扱い（状況付与①）や検査体制の確保に関する各種通知を関係機関に展開する等、県内での発生への備えを進めていきます。
- 12月1日に、国内疑い患者1例目、17日に、県内1例目が発生して以降、12月末までに、感染連鎖までは至っていませんが、県内での患者発生が散発的に数例発生する状況となっていきます。
- 新型インフルエンザ等の発生時には、宮城県新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき、医療調整本部を設置することとしております。発生当初から、仙台医療圏の感染症指定医療機関で受け入れを行っており、病床が恒常的に使用されている状態です。今回、初めて仙台医療圏以外の病床を入院調整するという事例ですので、疾病・感染症対策課で医療調整本部にコンタクトしてから、保健所に対応を引き継ぎます。
- 国内での患者数が増加すると同時に、国内、県内で対応した医療機関から得られた情報などから、患者の症状の経過や、医療従事者等の防護策等が県内の感染症指定医療機関、協定締結医療機関に共有される状況になっていきます。
- 検査体制については、国立感染症研究所への持ち込まないと結果が確定しない段階ではありませんが、核酸増幅法検査の民間用試薬の十分な流通までは至っておらず、保健環境センター等地方衛生研究所中心に、医療機関等が採取した検体の検査を行っている状況です。

【訓練上の想定時間】

令和8年1月20日(火)9時00分から10時00分

【1月20日(火)の仙南保健所管内での患者発生】

- これまで新型インフルエンザ感染症患者が発生していなかった仙南保健所管内において、1月20日に、第1例目の疑似症の発生届の届出があり、届出の情報など所内共有を行うところから訓練がスタートいたします。
- 県外自治体Yに滞在した患者が発熱等の症状を訴え、1月20日に協定締結医療機関(発熱外来)のZ診療所を受診しました。
- Z診療所で、患者の行動歴及びインフルエンザ迅速診断キットの検査結果がA型陽性、B型陰性になったことから、保健所に相談を行い疑似症発生届（状況付与②）の届出があったところから、セクション①がスタートします。



訓練セクション①（所内対応検討～情報共有）

【訓練上の想定時間】

令和8年1月20日(火)10時10分から10時20分

■ 訓練内容

- 保健所で疑似症例の発生届を受理。所内共有し、入院勧告・接触者調査の実施決定
- 疑似症届出を本庁（疾病・感染症対策課／医療調整本部）と共有



■ 評価・課題

- 保健所・本庁間での情報共有について項目や方法の整理が必要

■ 対応の方向性

- 医療調整や搬送手配、公表等の手続きを見据えた共有項目の整理
- 感染者情報を電子的に一元管理できる方法の検討(仙台市との共通化も考慮)

【訓練上の想定時間】

令和8年1月20日（火）10時20分から11時00分

【保健所の疫学調査の実施 ⇒ 各種判断・調整の実施】

- セクション②の入院勧告等の判断、患者の受入れ訓練を進める前に、セクション②に至るまでにスキップした内容を説明いたします。
- 所内共有を終えた保健所は、届出医療機関であるZ診療所に疑い患者に対し、保健所から連絡がある旨を伝達してもらいます。
- 保健所から疑い患者に感染拡大防止を目的とした調査であることを十分説明し、人権やプライバシーに配慮したうえで積極的疫学調査を実施するとともに、症状の軽重に関わらず、感染拡大防止のため入院が必要になることを十分説明し、感染症法に基づく入院勧告を行います。
- 保健所では疑似症患者への積極的疫学調査から発症日の確定、濃厚接触者の特定、施設調査の必要性について検討します。また、行政検査及び移送方法の判断、所内体制の確認をします。
- みやぎ県南中核病院との患者受入の依頼、調整、陽性確定のため行政等必要な連絡をセクション②で実施します。
※状況付与④は医療機関との患者受入調整時に使用



訓練セクション②（行政検査、入院調整）

【訓練上の想定時間】

令和8年1月20日（火）12時00分から14時50分

■ 訓練内容

- 保健所で疫学調査結果を踏まえ、対応を協議。入院調整・患者移送・行政検査の判断
- 本庁（疾病・感染症対策課／医療調整本部）で入院先を調整。県南中核病院へ依頼
- 保健所から県南中核病院へ入院受入調整。患者情報、移送時間、検体採取の依頼
- 保健環境センター（県衛生研究所）へ行政検査依頼。検査に必要な情報の共有・確認
- 県南中核病院から受入回答。保健所から患者へ移送の説明



■ 評価・課題

- 病院への患者情報伝達の内容、タイミング（準備のため早い情報提供が必要）
- 保健環境センター（県衛生研究所）への依頼時期、検体採取に関する留意点の共有の整理が必要

■ 対応の方向性

- 病院への情報伝達のタイミングの検討、様式の共通化、チェックリスト活用等
- 行政検査に関するマニュアルの修正・共有の実施

ナレーション③（患者移送、受入、行政検査）

【訓練上の想定時間】

令和8年1月20日（火）15時00分から18時30分

【患者移送、患者受入、検体採取、検査の実施 ⇒ 陽性の確定】

- セクション②で調整した患者の移送、病院での患者受入は午後の実動訓練で、仙南保健所、みやぎ県南中核病院を舞台に開催いたします。
また、今回の図上訓練と並行で保健環境センターでは、デモの検体の検査訓練を実施しています。
- みやぎ県南中核病院が受け入れ先に決まり、今回、保健所では、保健所の公用車で患者の移送を行うため、対応職員と準備を実施します。
- 移送はあらかじめ患者本人と調整した集合場所に移送車を手配し、患者が乗車の上、受け入れ先病院に向かいます。
- 病院に到着後、保健所と病院の患者情報の引継ぎを経て、患者引渡しを行い、病院で患者の診療、検体採取（終了後保健所職員に渡す）、入院を行います。
- 病院から受け取った検体は、保健所が保健環境センターに持込を行い、保健環境センターで検査を実施します。



訓練セクション③（行政検査結果伝達、陽性確定）

【訓練上の想定時間】

令和8年1月21日（水）8時30分から

■ 訓練内容

- 保健環境センター（県衛生研究所）から保健所へ検査結果を伝達



ナレーション④（陽性確定後の対応）⇒訓練終了

【訓練上の想定時間】

令和8年1月21日（水）14時00分以降

【入院後の対応】

- 陽性の結果は保健所から疾病・感染症対策課や病院に伝達され、確定例の入院となりますが、患者が感染症指定医療機関から退院するまで、感染症患者の公表や入院勧告の書面通知、公費負担申請、感染症診査協議会の開催、退院判断などの各種手続きを行います。

【実施時間（実時間）】

令和8年1月20日（火）13時15分から15時

■ 患者移送訓練（仙南保健所）

- 保健所の移送用車両による感染症患者との集合場所（訓練上 仙南保健所前とした）での患者の乗り込みから、入院先となるみやぎ県南中核病院までの移送の手順確認を実施

■ 患者受入訓練（みやぎ県南中核病院）

- 病院に保健所の移送用車両の到着後、①保健所より病院への患者情報の引継ぎ、②患者の診療、検体採取・保健所への検体引渡し、③病室への移動の手順確認を実施

■ 検体検査（保健環境センター）

- 病院で採取した検体が保健環境センターに持ち込まれた想定で、訓練同日にデモ検体の検査を実施

■ 評価・課題

- 個人防護具の着用内容の共通化の検討が必要

■ 対応の方向性

- 県内の医療機関、保健所対応職員用の個人防護具など標準装備の検討、共有

■ 訓練で得られた成果、今後の検討事項

- 訓練の実施によって、漠然としていた新型インフルエンザ等対策行動計画にある発生時の対応等の共通認識につながった。
- 医療調整や搬送手配、公表等の手続きを見据えた共有項目の整理
- 各機関相互の情報共有のタイミング、様式など共通化の検討や感染症患者情報の電子化等の推進が必要
- 個人防護具の着用内容の共通化等の検討が必要

■ 令和8年度以降の取組

- 医療調整の進め方、関係機関との情報共有の様式・手法の共通化、個人防護具の標準化などの整理、検討
- 今年度の訓練内容等をひな型に、感染症対応職員向けの研修や関係機関との訓練を検討、実施

(参考)

図上訓練様式 状況付与一覽

訓 練
(状況付与①)

(電子メール施行)

疾 感 対 号 外
令和7年11月30日

各保健所（支所）長 殿
（疾病対策（地域保健）班扱い）

疾病・感染症対策課長
（ 公 印 省 略 ）

新型インフルエンザ感（H5N1）に係る症例定義及び届出様式について（通知）

このことについて、別添のとおり厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策課から通知がありましたので承知願います。

なお、公益社団法人宮城県医師会、各郡市医師会、協定締結医療機関及び病院には別に通知しています。

担当：疾病・感染症対策課感染症対策第二班

電話：022-211-3644

E-mail：situkan-k2@pref.miyagi.lg.jp

訓 練

健感発 1 2 2 7 第 X 号
令和 7 年 1 1 月 3 0 日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策課長
(公 印 省 略)

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

新型インフルエンザ（H5NX）については、11月23日、WHOにおいて、「国際的な公衆衛生上の緊急の事態に関する宣言」（PHEIC宣言）が行われたことを受け、新型インフルエンザのまん延を防止するとともに、健康被害を最小限にとどめるため、政府は新型インフルエンザ対策特別措置法（平成24年法律第31号）に基づき、政府対策本部を設置したところであります。

同日、X国で確認された新型インフルエンザ（H5NX）を、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（平成10年法律第114号）第6条第7号に規定する新型インフルエンザ等感染症として位置づけました。

これを踏まえ、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」（平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知）の別紙「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の一部を新旧対照表のとおり改正し、本日から適用することといたしました。

貴職におかれましては、内容について御了知いただくとともに、貴管内市町村、関係機関などへの周知を図るとともに、その実地に遺漏なきようお願いいたします。

別紙

医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準（追加箇所抜粋）

（※本来は新旧対照表の形で示される）

第7 新型インフルエンザ

1 新型インフルエンザ（H5NX）（令和7年11月にX国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）

（1）定義

新型インフルエンザ（H5NX）（令和7年11月にX国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）による急性呼吸器症候群である。

（2）臨床的特徴（令和7年11月28日時点）

現時点で動物等の感染源については不明である。家族間などをはじめとするヒトーヒト感染が報告されている。令和7年11月よりX国を中心として発生がみられており、世界的に感染地域が拡大している。

臨床的な特徴としては、潜伏期間は、2日～7日であり、高熱と急性呼吸器症状に加え全身倦怠感、頭痛、筋肉痛等を特徴とする。下気道症状を併発し、重症の肺炎が見られることがある。呼吸不全が進行した例ではびまん性のスリガラス様陰影が両肺に認められ、急速に急性呼吸窮迫症候群（ARDS）の症状を呈する。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者について、（4）に該当すること等から新型インフルエンザが疑われ、かつ次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型インフルエンザと診断した場合には、法律第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、当該者を新型インフルエンザの無症状病原体

保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに
行わなければならない。この場合において、検査材料は同表の右欄に定め
るもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者について、(4)に該当すること等
から新型インフルエンザが疑われ、当該者を新型インフルエンザの疑似症と
診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに
行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体について、(4)に該当すること
等から新型インフルエンザが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法
により、当該者を新型インフルエンザにより死亡したと判断した場合には、
法第12条第1項の規定による届出を直ちに
行わなければならない。この場
合において、検査材料は同表の右欄に定めるもの
のいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体について、(4)に該当すること
等から新型インフルエンザにより死亡したと疑われる場合には、法第12条
第1項の規定による届出を直ちに
行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭
検体から直接のPCR法による病原体の 遺伝子の検出	拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、 剖検材料
中和試験による抗体の検出（ペア血清 による抗体価の有意の上昇）	血清

(4) 感染が疑われる患者の要件

患者が次のア、イ、ウ、エ又はオに該当し、かつ、他の感染症又は他の病
因によることが明らかでなく、インフルエンザ迅速キットの結果がA型陰性
かつB型陰性の場合であって、新型インフルエンザを疑う場合、これを鑑別
診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない。

ア 発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、新型
インフルエンザであることが確定したものと濃厚接触歴があるもの

イ 38℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前10日以内にWHOの
公表内容から新型インフルエンザの流行が確認されている地域に渡航又は
居住していたもの

ウ 38℃以上の発熱かつ呼吸器症状を有し、発症前10日以内にWHOの公表内容から新型インフルエンザの流行が確認されている地域に渡航又は居住していたものと濃厚接触歴があるもの

エ 新型インフルエンザの集団発生が確認された施設等に滞在していたもの。

オ 発熱、呼吸器症状その他感染症をような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断し（法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症に相当）、新型インフルエンザの鑑別を要したもの

※濃厚接触とは、次の範囲に該当するものである。

- ・ 新型インフルエンザが疑われるものと同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があったもの
- ・ 適切な感染防護無しに新型インフルエンザが疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの
- ・ 新型インフルエンザが疑われるものの気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高いもの

新型インフルエンザ 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。

医師の氏名 ●●○

報告年月日 令和8年1月20日

従事する病院・診療所の名称 Z診療所

上記病院・診療所の所在地(※) 大河原町●●

電話番号(※) 0224 (53)AAAA

(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検案)した者(死体)の類型					
・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・ 疑似症患者(*) ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体 (*)疑似症患者について、当該者が入院を要しないと認められる場合は、本発生届の提出は不要。					
2 当該者氏名(フリガナ)	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
センナン イチロウ 仙南 一郎	男 ・女	1995年1月1日	31歳(0か月)	会社員	
7 当該者住所 大河原町◆◆			電話(080)aaaa-aaaa		
8 当該者所在地 大河原町			電話() -		
9 保護者氏名		10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
		電話() -			

<p>11 症状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・肺炎像 ・重篤な肺炎 ・急性呼吸窮迫症候群 ・多臓器不全 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・嘔気/嘔吐 ・下痢 ・結膜炎 ・嗅覚・味覚障害 ・酸素飽和度(室内気) : % ・その他() ・症状なし 	<p>18 感染原因・感染経路・感染地域</p> <p>①感染原因・感染経路(確定 推定)</p> <p>1 飛沫・飛沫核感染(感染源の種類・状況:) クラスターが報道されている1/13-14のライブ参加による飛沫感染が推定され、本人から同行した友人が19日に発症し陽性となったとの話がある</p> <p>2 接触感染(接触した人・物の種類・状況:)</p> <p>3 その他()</p> <p>②感染地域(確定 推定)</p> <p>1 日本国内(Y都道府県Y市区町村)</p> <p>2 国外() 国 詳細地域()</p> <p>※複数の国又は地域該当する場合は全て記載すること。 渡航期間(出国日 年 月 日・入国日 年 月 日 国外居住者については、入国日のみで可)</p> <p>③インフルエンザワクチン接種歴</p> <p>1回目 有(歳) 無 不明 ワクチンの種類/製造会社(/) ・不明 接種年月日(R年 月 日・不明)</p> <p>2回目 有(歳) ・無 ・不明 ワクチンの種類/製造会社(/) ・不明 接種年月日(R年 月 日・不明)</p>
<p>12 診断方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出 検体: 喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他() 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) ・検体から核酸増幅法(PCR法 LAMP法など)による病原体遺伝子の検出 検体: 喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、 鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、 剖検材料、その他() 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) ・抗原定性検査による病原体の抗原の検出 検体: 鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液 検体採取日(1月20日) 結果(陽性・陰性) インフルエンザA陽性、B陰性 ・抗原定量検査による病原体の抗原の検出 検体: 鼻腔拭い液、 鼻咽頭拭い液、唾液 検体採取日(月 日) 結果(陽性・陰性) 	<p>19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・届出時点の入院の有無(有 無) 入院例のみ(入院年月日 令和 年 月 日) ・重症化のリスク因子となる疾患等の有無(有 無) ※有の場合は、以下から選択 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性腎臓病、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30以上)、喫煙歴、その他() ・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り免疫の機能が低下しているおそれの有無(有 無) ・妊娠の有無(有 無) ・重症度(軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症) ・入院の必要性の有無(有 無) ・新型インフルエンザの拡大に際しての時的・特例的な取扱いによる電話や情報通信機器を用いた診療の有無(有・無)
13 初診年月日	令和8年1月20日
14 診断(検案(※))年月日	令和8年1月20日
15 感染したと推定される年月日	令和 年 月 日
16 発病年月日(*)	令和8年1月19日
17 死亡年月日(※)	令和 年 月 日

(1,3,11,12,18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13 から 17 欄は年齢、年月日を記入すること。

(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

新型インフルエンザ(疑似症患者を含む) 基本情報・臨床情報調査票

基本情報※ 黒塗りにセル部分は必須項目、★は宿泊療養者の必須入力項目 ID 0 氏名 仙南 一郎

1	★調査担当保健所名		仙南保健所		調査者氏名	和泉		
	調査日時		2026/1/20		調査方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2	調査回答者		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 → 氏名 ()		本人との関係 ()			
	連絡先	自宅電話			携帯電話	080-1111-1111		
3~17は発症届出票等より転記 (4はハリススマホへの登録後に記入)	3 診断分類		新型インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 患者(確定例) <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input checked="" type="checkbox"/> 疑似症患者			
	COCOA利用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ハリス登録 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)					
	4 ハリススマホ登録ID				5 ★患者居住地保健所	仙南保健所 ()		
	6 届出医療機関名		Z診療所		7 届出医療機関主治医名	●●○		
	8 届出医療機関所在地		大河原町		9 届出医療機関電話番号	0224-53-AAAA		
	10 届出受理日時		2026/1/20		11 届出受理自治体	宮城県		
	12 届出受理保健所		仙南保健所 ()		13 届出受理担当者	和泉		
	14 初診年月日		2026/1/20		15 診断年月日	2026/1/20		
	16 感染推定日				17 発病年月日	2026/1/19		
	★インフルエンザワクチン接種歴		回数	接種日	ワクチン種類	未接種	不明	回数
		1	R7.11月	(選択)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	
		2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2回目接種から14日経過~6ヶ月以内 又は 3回目接種済								
18	(ふりがな) ★患者氏名	せんなん いちろう 仙南 一郎		19 ★性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	20 ★生年月日	1995/1/1	
						時点	2026/1/20	
						年齢*自動	31年0ヶ月	
21	★国籍	<input checked="" type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> ()		22 ★患者住所	大河原町			
	患者連絡先	自宅電話			携帯電話	080-aaaa-aaaa		
					患者Email			
23	★医療保険(記号・番号)【必須】		全国健康保険協会宮城支部 記号: 9999 番号: 99999					
	自家用車	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	車種		ナンバー	色	運転者	
							<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()	
24	調査時点の患者の主たる所在		<input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
	連絡先住所	大河原町			電話番号			
25	職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等 (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)		会社員(製造業)					
	最終勤務・出席(勤)日		2026/1/19					
	勤務先学校	名称	蔵王商会大河原工場		電話番号			
		所在地	大河原町		施設の窓口情報	担当者名		
					電話番号			
26	連絡先	★本人以外(保護者等)		★施設からの緊急連絡先 (注) 宿泊療養施設入居中家族は不可 (注) 学校等の場合時間外に連絡が取れる先を記載				
	本人との関係	父		(左記と異なる時に記入)				
	氏名	仙南 大						
	住所	別居						
	電話番号	自宅						
		携帯	080-bbbb-bbbb					
★陽性となっている家族情報と現在の療養状況 (入院先やホテルでの部屋割りの調整に必要)								
陽性者の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 人						
名前		続柄	療養状況(入院、宿泊療養(ホテル名)、調整中※自宅待機含む、自宅療養)		療養解除日			
30	★変異株(疑)有		<input type="checkbox"/> 接触患者が変異株(疑): L452R <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 他変異箇所 () <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 疑われる変異株 ((選択)) 株					
	届出症例との接点あり		<input type="checkbox"/> 濃厚接触者 <input type="checkbox"/> 接触者 →		届出症例氏名			
			<input type="checkbox"/> 検査対象者 →		所属等名称			
	有症状相談		<input type="checkbox"/> コールセンター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関		<input type="checkbox"/> 本人・家族等 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	【必須】発症前2週間の移動歴		<input checked="" type="checkbox"/> 県外 (Y) <input type="checkbox"/> 海外 ()		変異株検査 <input type="checkbox"/> 実施予定/調整済			
その他		(1/13-14ライブ(※クラスター発生報道あり)参加。同行友人が19日発症し同日受診→陽性)						

療養方針【必須】 調整の至急度 至急 (理由: 感染連鎖が起きているY地域滞在歴あり、濃厚接触者疑い)

○本人の意向 入院 (DNAR※蘇生措置に関する意思表示 誰が誰にどんな) 宿泊療養 (同時入所者:) ※自宅療養を希望する場合 (内容)

調整の希望・懸案事項(障害等) タクシー同乗拒否有り

○保健所方針 入院 宿泊療養 自宅療養 調整中 (家族検査判明後 判明日 月 日 外来アセスメント結果後 判明日 月 日)

調整の希望・懸案事項(障害等)

★宿泊療養時の退所予定情報【必須】

退所予定日時 時間 : 以降

有症者: 症状軽快日 確定日時 () 未確定

※ 症状軽快が確認されていない場合は、退居可能な状態及び退居の見込み日時について記載

入院優先度判断スコア

0 点 5点以上の場合、入院の目安 計算式: 体重(kg) ÷ (身長(m) の二乗)

★既往歴等【必須】	身長	175	cm	体重	70	kg	BMI *自動計算	22.9
	妊娠			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(妊娠 週)		
	喫煙			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(歳から 本/日)		
	糖尿病			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> その他)			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 (気管支喘息含む)		
	腎疾患			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 高度慢性腎臓病 (GFR:30未満)		
	肝疾患			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	心血管疾患			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> 重度 (冠動脈疾患、心筋症など心不全伴う)		
	高血圧			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> コントロール不良高血圧		
	脂質異常症			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	神経筋疾患			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	血液疾患 (貧血等)			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	血液・骨髄移植、原発性免疫不全、HIV			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> 臓器移植後		
	免疫抑制剤使用 (ステロイド含む抑制剤)			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	悪性腫瘍 (がん)			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> 治療中		
	精神障害・知的障害			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: (手帳の等級:)		
	★アレルギー (特に食物)【必須】			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	★上記の食物エキスのアレルギー【必須】			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的に)		
	食事への配慮 (※配慮を要する持病等のある方)			<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合: <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> カロリー調整 (kcal /日)		
	その他							
かかりつけ医療機関情報	治療・症状等	記入例) 高血圧: ①Aクリニック ①HO年発症 内服コントロール中 (内服薬 下記参照) 125/80mmHg 睡眠時無呼吸症候群: ②Bクリニック ②HO年発症 HO年O月頃~CPAP利用						
<input type="checkbox"/> 無	医療機関名							
<input checked="" type="checkbox"/> 有	上記参照							

★処方・宿泊療養時持参薬 無 有 (注) 期間中に不足しない量を持参するよう患者に説明すること。

処方日	薬剤名	残数	特記事項		
			<input type="checkbox"/> 今回処方薬	<input type="checkbox"/> 常用薬	<input type="checkbox"/> 他 ()
			<input type="checkbox"/> 今回処方薬	<input type="checkbox"/> 常用薬	<input type="checkbox"/> 他 ()
			<input type="checkbox"/> 今回処方薬	<input type="checkbox"/> 常用薬	<input type="checkbox"/> 他 ()
			<input type="checkbox"/> 今回処方薬	<input type="checkbox"/> 常用薬	<input type="checkbox"/> 他 ()
			<input type="checkbox"/> 今回処方薬	<input type="checkbox"/> 常用薬	<input type="checkbox"/> 他 ()
			<input type="checkbox"/> 今回処方薬	<input type="checkbox"/> 常用薬	<input type="checkbox"/> 他 ()

★経口抗ウイルス薬処方

処方薬の種類	(選択)
処方箋発行医療機関	
処方予定薬局	
薬剤到着予定日	
配送先変更調整	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 調整中 <input type="checkbox"/> 不要
薬剤受取(予定)	<input type="checkbox"/> 自宅等 <input type="checkbox"/> ホテル

(注) 入所等で配送先変更を要する場合、本人から薬局へ配送先変更を連絡すること

★ADL等【必須】	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	単独入所の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	セルフケア (食事, 整容, 清拭, 更衣, トイレ動作)			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	可否の理由 (アセスメント):	
	排泄 (排尿, 排便コントロール)			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗 (ベッ, 椅子, 車いす, トイレ, 浴槽, シャワー)			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動 (歩行・車いす・階段)			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	コミュニケーション (理解: 聴覚・視覚, 表出: 音声・非音声)			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	社会認識 (社会的交流, 問題解決, 記憶)			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	その他具体的情報	
	外国籍の方の場合	利用言語			宗教上の食事制限や生活様式など			
通訳	<input type="checkbox"/> 不要	読み書き	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 難					
	<input checked="" type="checkbox"/> 必要	日常会話	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 難					

臨床経過等【必須】※ 必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報も記入

症状		<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記に記入)	重症感	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(横になれないほどの強い咳、摂食・飲水量低下など)		
症状など		月日		2026/1/18	2026/1/19	2026/1/20			
最高体温 (°C)				38.0°C	39.0°C				
呼吸器症状	咳嗽	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			+			
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	鼻汁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			+			
	鼻閉	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			+			
	咽頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			+			
その他	嘔気	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	結膜充血	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			+			
	頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		+	+			
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		+	+			
	関節筋肉痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		+	+			
	下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	意識障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	けいれん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				迅速診断キット A型陽性		
28	飲食・睡眠 具体的に 普段の1/2、全く飲めない (食欲の有無でなく実際に食べた量)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				食事は普段の1/2、水分摂取は問題なし		
症状など		月日							
最高体温 (°C)									
呼吸器症状	咳嗽	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	鼻汁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	鼻閉	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	咽頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
その他	嘔気	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	結膜充血	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	頭痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	関節筋肉痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	意識障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	けいれん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
	その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
29	飲食・睡眠 具体的に 普段の1/2、全く飲めない (食欲の有無でなく実際に食べた量)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						
★発病年月日時刻		★種別		<input checked="" type="checkbox"/> 有症状 (発症日)	<input type="checkbox"/> 無症状 (検体採取日)	★年月日	2026/1/19	★時刻	20:00
31		診断前の臨床経過・治療内容・その他経過 等							
36		血中酸素濃度SpO2 (直近)		%	<input type="checkbox"/> 安静時	<input type="checkbox"/> 労作時 (室内歩行等)	測定年月日		
		患者受診後の医療行為		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合、下記の表に記入)				
		月日	医療機関名	医療行為		備考(検査・医療行為等の結果、等)			

		ID	氏名		
★外来 アセスメント	★医療機関名			★受診日時	時
	★結果	<input type="checkbox"/> 宿泊（自宅）療養が可 <input type="checkbox"/> 宿泊（自宅）療養が不可			
	医療機関作成の別紙添付の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（有の場合は、下記の特記事項の記載を省略可）		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	特記事項				
32 ★入院	★入院医療機関名			疑似症定点医療機関	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	診療科名			★主治医名	
	所在地				
	★入院期間	から	まで	★連絡先	
	医療機関作成の別紙添付の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	（有の場合は、下記の特記事項の記載を省略可）		
	特記事項				
33	胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 →	肺炎像	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（所見： <input type="checkbox"/> 両肺合わせた肺炎像が左右合計面積の1/2以上 <input type="checkbox"/> 1/2以下）	
	胸部CT検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 →	肺炎像	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（所見： <input type="checkbox"/> 両肺合わせた肺炎像が左右合計面積の1/2以上 <input type="checkbox"/> 1/2以下）	
	酸素・点滴投与	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要			
	ICUでの治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	から	まで	
35	人工呼吸器使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	から	まで	
	ECMO使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	から	まで	
37	転帰 療養解除日		死亡日		死因

検査結果

季節性インフルが散見されている

インフルエンザウイルスの検査								
検体材料	★検体採取日	★結果判明日	結果			検査方法	★検査機関	検体採取医療機関
鼻腔拭い液	2026/1/20	2026/1/20	<input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="checkbox"/> A型陽性 <input type="checkbox"/> その他	抗原定性	検体採取医療機関	Z診療所		
鼻腔拭い液	2026/1/20	2026/1/20	<input checked="" type="checkbox"/> B型陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> その他	抗原定性	検体採取医療機関	Z診療所		
咽頭拭い液	2026/1/20	2026/1/20	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> その他	核酸増幅法	保健環境センター	みやぎ県南中核病院		
<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> その他 (選択)								
<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> その他 (選択)								
変異株検査								
検体提供機関名	検査施設名	検体搬入日	結果判明日	検査方法		結果		
				<input type="checkbox"/> 変異株PCR <input type="checkbox"/> ゲノム解析	<input type="checkbox"/> L452R <input type="checkbox"/> 他 ()			
				<input type="checkbox"/> 変異株PCR <input type="checkbox"/> ゲノム解析	<input type="checkbox"/> L452R <input type="checkbox"/> 他 ()			

自由記載欄

Z診療所医師から、入院することになると思うがどこの病院になるかわからないので、自宅待機するよう言われたとのこと。

新型インフルエンザ患者行動調査票

(添付2・3-1兼用)

濃厚接触者	あり →	<input type="checkbox"/> 同居家族	クラスターリスク	高齢者・障害者施設 (選択)
		<input checked="" type="checkbox"/> その他		医療機関 (選択)
感染源探求のポイント				保育施設 (選択)
複数人の飲食	あり	県外移動歴	あり	教育機関(大学含む) (選択)

↑ 小規模のお茶飲み含む

↓ タブで○を選択

発症	日付	曜日	場所・施設名	接触者氏名	接触時の行動・状況 (簡単に)	備考 (マスク着用・換気・ 飲食の有無等)	出勤 通学	高齢者 施設 医療機関	障害施設 教育機関
10日前	1/9	(金)	蔵王商会勤務 9~18時	職員					
9日前	1/10	(土)	蔵王商会勤務 9~18時	職員					
8日前	1/11	(日)	蔵王商会勤務 9~18時	職員					
7日前	1/12	(月)	新幹線等でYに移動PM 食事(B店)、買物(C 店) 友人宅	友人A	友人と食事、買い物後友人宅 泊	マスク 飲食あ 着用あり			
6日前	1/13	(火)	ライブ会場15~20時 食事(D店) 友人宅	友人A ライブ会場 1000人収容	友人とライブ会場へ、食事 後友人宅泊	マスク 飲食あ 着用あり			
5日前	1/14	(水)	ライブ会場15~20時 食事(D店) 友人宅	友人A ライブ会場 1000人収容	友人とライブ会場へ、食事 後友人宅泊	マスク 飲食あ 着用あり			
4日前	1/15	(木)	友人宅、食事(B店)、 駅内で買い物、新幹線 移動12時~	友人A(出勤の為朝まで)	友人と9時に別れた以後は単 独	マスク 飲食あ 着用あり			
3日前	1/16	(金)	休み 自宅 コンビニ(15分)			マスク 飲食な 着用あり			
2日前	1/17	(土)	休み 自宅(外出無し)						
1日前	1/18	(日)	蔵王商会勤務 9~18時	職員	製品検品ライン担当。交代で 休憩。同僚との会話は出退勤 時更衣室(挨拶程度)及び社 員食堂利用時にあり。	マスク 飲食あ 着用あり			
当日	1/19	(月)	蔵王商会勤務 9~18時	職員	製品検品ライン担当。交代で 休憩。同僚との会話は出退勤 時更衣室(挨拶程度)及び社 員食堂利用時にあり。 20時 KT38.0、頭痛など症状 あり	マスク 飲食あ 着用あり			
1日後	1/20	(火)	体調不良で休み。 10時Z診療所受診 迅速キットインフルA (+)、疑似症届出 自宅待機	Z診療所スタッフ	・0時 KT39.1、カロナール 服用	マスク 飲食な 着用あり			
2日後	1/21	(水)							
3日後	1/22	(木)							
4日後	1/23	(金)							
5日後	1/24	(土)							
6日後	1/25	(日)							
7日後	1/26	(月)							
8日後	1/27	(火)							
9日後	1/28	(水)							
10日後	1/29	(木)							

接触者一覧

シメイ 氏名	関係	生年月日	年齢	性別	所在地 市区町村	基礎疾患	最終接触日	種別	連絡先	備考 職業等	連絡	健康観察終了日 *自動入力
A	友人	1995/7/1	20歳	男	Y	なし	1/16	(選択)	住所：Y 電話：080-bbbb-bbbb	勤務先：会社員 (〇〇〇〇〇〇)	<input type="checkbox"/>	
								(選択)			<input type="checkbox"/>	
								(選択)			<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
											<input type="checkbox"/>	
								(選択)	住所： 電話：	勤務先・所属： 最終出勤日：	<input type="checkbox"/>	済 観察不要

□

関係施設一覧

シセツメイ 施設名	関係	所在地	最終滞在日	調査	連絡先・担当者氏名	備考	連絡
△△	ライブ会場	Y	1/15	要		クラスター報道について都道府県担当課に確認中	<input type="checkbox"/>
ザオウショウウカイオオガワラ コウジョウ 蔵王商会大河原工場	勤務先	大河原町	1/19	要	製造一課リーダー ××××		<input type="checkbox"/>
				(選択)			<input type="checkbox"/>
				(選択)			<input type="checkbox"/>
				(選択)			<input type="checkbox"/>

□

(訓練様式：※旧新型インフルエンザマニュアル様式を入院勧告に対応できるよう一部修正)

宛 先：みやぎ県南中核病院 地域医療連携係 御中		訓 練 (状況付与④)
依頼内容： <input checked="" type="checkbox"/> 入院療養 <input checked="" type="checkbox"/> 行政検査 (<input checked="" type="checkbox"/> 検体採取のみの場合)		
【依頼者】 疾病・感染症対策課 感染症対策第二班 メール：situkan-k2@pref.miyagi.lg.jp FAX：022-211-3644	【管轄保健所等】 仙南保健所疾病対策班 担当：和泉 支所 電話：0224-53-3121	

新型インフルエンザ感染症 医療機関入院調整連絡受付票

受付年月日	令和8年1月20日(火) 午前10時10分						
フリガナ	センナン イチロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
患者氏名	仙南 一郎	生年月日	平成7年1月1日	31	才	0	か月
住 所	柴田郡大河原町◆◆		電 話	080-aaaa-aaaa			
連絡者	<input type="checkbox"/> 患者本人 (健康監視対象者・それ以外) <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 (入院勧告事案の場合届出医療機関) <input checked="" type="checkbox"/> 発生届 (<input type="checkbox"/> 確定 <input checked="" type="checkbox"/> 疑似症) ・医療機関名：Z診療所 (担当者名：) ・所在地：柴田郡大河原町●● ・電話番号：0224-53-AAAA ・初診日：令和8年1月20日 <input type="checkbox"/> コールセンター (県庁)						
行政判断	<input checked="" type="checkbox"/> 入院勧告の判断 (<input type="checkbox"/> 確定 <input checked="" type="checkbox"/> 疑似症)						
行政対応	<input checked="" type="checkbox"/> 療養先医療機関への依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 要移送 (<input checked="" type="checkbox"/> 保健所移送 <input type="checkbox"/> 移送事業者等) <input checked="" type="checkbox"/> 行政検査 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関対応依頼 (<input checked="" type="checkbox"/> 咽頭ぬぐい <input type="checkbox"/> 鼻ぬぐい <input type="checkbox"/> 血清 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input checked="" type="checkbox"/> 保健環境センター搬入						
新型インフルエンザ基本情報・臨床情報調査票 (別添)							
家族歴	1 枚目						
既往歴 治療経過 処方内容	2 枚目 (<input type="checkbox"/> 既往歴あり <input checked="" type="checkbox"/> 既往歴なし)						
症状経過	3 枚目						
発熱外来等 検査結果(参考)	4 枚目 (インフルエンザ迅速検査キット A型陽性、B型陰性)						
医療保険 (記号・番号)	全国健康保険協会宮城支部 記号：9999 番号：99999						
受診歴の有無	無						
相談対応者	仙南保健所疾病対策班 和泉						