

令和2年4月6日

各 $\left(\begin{array}{c} \text{都 道 府 県} \\ \text{保健所設置市} \\ \text{特 別 区} \end{array} \right)$ 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部

新型コロナウイルス感染症における積極的疫学調査について（協力依頼）

新型コロナウイルス感染症については、これまで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15条第1項の規定に基づき、管内において入院した者について、「新型コロナウイルス感染症における積極的疫学調査について（協力依頼）」（令和2年2月20日健感発0220第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）に基づき、退院サマリーなどの情報提供をお願いしていたところです。

今般、これまでの情報の集積状況に鑑み、改めて全ての入院患者に関する情報の提供をお願いするとともに、特に死亡例、10歳未満の症例、妊婦の症例については、可能な限り速やかに以下の情報を送付先宛に送付いただくようお願い申し上げます。送付された情報については、厚生労働省において積極的疫学調査の結果としてとりまとめ、公表することを予定しております。なお、必要がある場合は、国立感染症研究所感染症疫学センターが調査に協力することが可能であるとともに、また、本件への協力は、症例の学会や学術誌への投稿等研究活動を妨げるものではないことを改めて申し添えます。

<送付いただきたい情報>

- ・退院サマリー又は、別添に示す書式
 - ・胸部 Xp, CT 画像データ（CD 等で）、血液検査所見
- *入院時、増悪時、退院時それぞれに係わる情報を送付願います。
- ・胸部 CT の画像診断報告書
- ※別途、NESID ID を記載すること。

（送付先）

〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1
国立感染症研究所感染症疫学センター第二室
電話：03-5285-1111
Fax：03-5285-1129
電子メールアドレス：Case-CoVID19@nih.go.jp

調査票

NESID（保健所記載）：

氏名・性別・生年月日：

病院名：

記載医師：

① 基礎疾患の有無

② 原病歴・経過

③ 治療（具体的に：（酸素）血中酸素濃度の推移、マスクでの酸素、挿管、ECMO、特になし、（治療）臨床治験への参加 あり、なし、使用した薬剤の具体名、など

④ 診療中の血液・生化学的検査の異常値、検尿などその他の異常値

⑤ 予後：完全治癒、呼吸障害が残った、その他の後遺症

⑥ その他、診療中の特記すべき事項

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公 印 省 略)

新型コロナウイルス感染症における積極的疫学調査について（協力依頼）

新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和 2 年 1 月に、中華人民共和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。）であるものに限る。）については、新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令（令和 2 年政令第 11 号）の施行により、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。以下「法」という。）第 6 条第 8 項の指定感染症として定められ、法第 15 条に規定する積極的疫学調査を行うことが可能になったところです。

貴職におかれましては、今般の我が国及び海外における新型コロナウイルス感染症の発生の状況を踏まえ、当該感染症の発生の予防及びまん延の防止に向けた対策を強化するため、下記の対応について御協力くださいますようお願いいたします。なお、必要がある場合は、国立感染症研究所感染症疫学センターが調査に協力することが可能であるとともに、また、本件への協力は、症例の学会や学術誌への投稿等研究活動を妨げるものではないことを申し添えます。

記

法第 15 条第 1 項の規定に基づき、管内において新型コロナウイルス感染症として入院した者に関する以下の情報等を収集し、患者退院（死亡退院を含む）後に至急とりまとめの上、以下の送付先に送付すること。保健所等においては、NESID（無い場合は、氏名・性別・生年月日）を記載すること。送付された情報については、厚生労働省において積極的疫学調査の結果としてとりまとめ、公表することを予定。なお、この調査については、最初の 100 から 200 例程度の入院患者について行うことを目標としており、一定の情報が得られた時点で終了とする予定である。

- ・退院サマリーまたは、別添に示す書式
- ・胸部 Xp, CT 画像データ（CD 等で）、血液検査所見
 - *入院時、増悪時、退院時をおねがいます。
- ・胸部 CT の画像診断報告書

(送付先)
〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1
国立感染症研究所感染症疫学センター第二室
電話：03-5285-1111
Fax：03-5285-1129
電子メールアドレス：Case-CoVID19@nih.go.jp

調査票

NESID（保健所記載）：

氏名・性別・生年月日：

病院名：

記載医師：

① 基礎疾患の有無

② 原病歴・経過

③ 治療（具体的に：（酸素）血中酸素濃度の推移、マスクでの酸素、挿管、ECMO、特になし、（治療）臨床治験への参加 あり、なし、使用した薬剤の具体名、など

④ 診療中の血液・生化学的検査の異常値、検尿などその他の異常値

⑤ 予後：完全治癒、呼吸障害が残った、その他の後遺症

⑥ その他、診療中の特記すべき事項