

(様式1)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

週報

感染症発生動向調査 (小児科定点、インフルエンザ・COVID-19定点)

西暦		年	第		週	区コード		

医療機関名

調査期間

		0~5ヶ月	6ヶ月~11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10~14	15~19	20歳以上	合計
1	RSウイルス感染症	男														
	女															
2	咽頭結膜熱	男														
	女															
3	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	男														
	女															
4	感染性胃腸炎	男														
	女															
5	水痘	男														
	女															
6	手足口病	男														
	女															
7	伝染性紅斑	男														
	女															
8	突発性発しん	男														
	女															
9	ヘルパンギーナ	男														
	女															
10	流行性耳下腺炎	男														
	女															

※感染性胃腸炎については原因の如何に関わらず、届出基準に合致する患者を診断し、又は死体を検索した場合に届出を行うこと。

		0~5ヶ月	6ヶ月~11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9
インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型 インフルエンザ等感染症を除く)	男											
	女											

		10~14	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80歳以上	合計
インフルエンザ (鳥インフルエンザ及び新型 インフルエンザ等感染症を除く)	男										
	女										

		0~5ヶ月	6ヶ月~11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9
COVID-19	男											
	女											

		10~14	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80歳以上	合計
COVID-19	男										
	女										

お願い ・ 報告件数がない場合は、0件と記入の上、報告してください。
 ・ 毎週月曜日までにFAX(本紙)にて、医療衛生企画課に報告してください。

(様式2)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

週報

感染症発生動向調査
(インフルエンザ・COVID-19定点)

西暦 年 [][] [][] [][] [][]

第 週 [][] [][]

区コード [][][] [][][] [][][]

調査期間

医療機関名

Table for Influenza with columns for age groups (0-5 months, 6-11 months, 1 year, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+) and a total column. Rows for Male and Female.

Table for COVID-19 with columns for age groups (0-5 months, 6-11 months, 1 year, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+) and a total column. Rows for Male and Female.

お願い ・報告件数がない場合は、0件と記入の上、報告してください。
・毎週月曜日までにFAX(本紙)にて、医療衛生企画課に報告してください。

(様式3)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

週報

感染症発生動向調査
(眼科定点)

西暦 年
[][] [][] [][] [][]

第 週
[][] [][]

区コード
[][][] [][][] [][][]

調査期間

医療機関名

		0 ～ 5ヶ月	6ヶ月 ～ 11ヶ月	1歳	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ～ 14	15 ～ 19	20 ～ 29	30 ～ 39	40 ～ 49	50 ～ 59	60 ～ 69	70歳 以上	合 計
急性出血性 結膜炎	男																				
	女																				
流行性 角結膜炎	男																				
	女																				

- お願い
- ・報告件数がない場合は、0件と記入の上、報告してください。
 - ・毎週月曜日までにFAX(本紙)にて、医療衛生企画課に報告してください。

(様式4)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

月報

西暦		年	

月	

区コード			

感染症発生動向調査
(STD定点)

調査期間

医療機関名

		0歳	1歳	5歳	10歳	15歳	20歳	25歳	30歳	35歳	40歳	45歳	50歳	55歳	60歳	65歳	70歳以上	合計
		4	9	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64	69			
性器クラミジア 感染症	男																	
	女																	
性器ヘルペス ウイルス感染症	男																	
	女																	
尖圭コンジローマ	男																	
	女																	
淋菌感染症	男																	
	女																	

お願い ・ 報告件数がない場合は、0件と記入の上、報告してください。
 ・ 翌月の2日までに FAX (本紙) にて、医療衛生企画課に報告してください。

(様式5)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

週報

感染症発生動向調査 (基幹定点)
(インフルエンザによる入院患者の報告)

西暦 年
[][][][]

第 週
[][]

区コード
[][][][]

調査期間

※インフルエンザによる入院患者がない場合でも、
0報告であげてください。

医療機関名

Table with 10 columns: ID番号, 性別, 年齢(0歳は月齢), ICU入室, 人工呼吸器の利用, 頭部CT検査(予定含む), 頭部MRI検査(予定含む), 脳波検査(予定含む), いずれにも該当せず, 備考. Rows 1-15.

<記載上留意>

- インフルエンザに罹患し、入院した患者(院内感染を含む)を報告してください。
○入院時の患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入してください。

(様式6)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

週報

感染症発生動向調査 (基幹定点)
(COVID-19による入院患者の報告)

西暦 年
□ □ □ □

第 週
□ □

区コード
□ □ □ □

調査期間

※COVID-19による入院患者がない場合でも、
0報告であげてください。

医療機関名

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	入院時の対応			備考
			ICU入室	人工呼吸器の利用	いずれにも該当せず	
1	男・女					
2	男・女					
3	男・女					
4	男・女					
5	男・女					
6	男・女					
7	男・女					
8	男・女					
9	男・女					
10	男・女					
11	男・女					
12	男・女					
13	男・女					
14	男・女					
15	男・女					

<記載上留意>

- COVID-19と診断した患者のうち、新規に入院をした患者(院内感染を含む)を報告してください。
- 入院時の患者対応については、該当する項目欄の全てに○を記入してください。
- ICU入室とは、「特定集中治療管理料」「救命救急入院料」を算定した場合に限る。
- 人工呼吸器の利用とは、気管挿管による人工呼吸器の利用、またはECMOを使用した場合に限る。

西暦	年

第	週

区	コード

感染症発生動向調査 (基幹定点)

調査期間

医療機関名

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	疾病名*	病原体名称(検査結果)	病原体検査	
					左記の結果を得た 病原体検査方法**	検体名
1	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
2	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
3	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
4	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
5	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
6	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
7	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
8	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
9	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	
10	男・女		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5 6 7	

*疾病名

- 1: 細菌性髄膜炎(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。)
- 2: 無菌性髄膜炎(真菌、結核菌、マイコプラズマ、リケッチア、クラミジア、原虫を含む。)
- 3: マイコプラズマ肺炎
- 4: クラミジア肺炎(全数届出疾患のオウム病を除く。)
- 5: 感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。)

**病原体検査方法

- 1:分離・同定
- 2:抗原検出
- 3:核酸検出(PCR・LAMP等)
- 4:塗抹検鏡
- 5:電顕
- 6:抗体検出
- 7:その他

〈記載上の注意〉

- ・細菌性髄膜炎及び無菌性髄膜炎：病原体が判明している場合は、その病原体名(複数検出された場合は、主要なもの一種のみ記載)、その結果を得た病原体検査方法(複数の場合は、最も根拠となった方法一つを選択)及びその検体名を記載。病原体が判明していない場合は、病原体名称欄に“検出せず”と記載してください(病原体検査欄の記載は不要)。
- ・マイコプラズマ肺炎：病原体検査診断が必須。病原体名称欄に M. pneumoniae と記載の上、病原体検査方法(1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載してください。
- ・クラミジア肺炎：病原体検査診断が必須。病原体名称欄に C. pneumoniae、C. trachomatis を記載の上、病原体検査方法(1、2、3、6、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載してください。
- ・感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る。): 病原体検査診断が必須。病原体名称欄にロタウイルスと記載の上、病原体検査方法(1、2、3、7のいずれか。複数の場合は主要な一つを選択)及びその検体名を記載して下さい。※基幹定点として指定されている医療機関が小児科定点として指定されている場合、感染性胃腸炎の届出も行うこと。

お願い ・報告件数がない場合は、0件と記入の上、報告してください。 ・毎週月曜日までにFAX(本紙)にて、医療衛生企画課に報告してください。

(様式8)

医療衛生企画課 宛 (FAX:251-7233)

月報

感染症発生動向調査 (基幹定点)

西暦 年 月 区コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調査期間

医療機関名

ID番号	性別	年齢 (0歳は月齢)	疾病名*	検体採取部位**
1	男・女		1 2 3	
2	男・女		1 2 3	
3	男・女		1 2 3	
4	男・女		1 2 3	
5	男・女		1 2 3	
6	男・女		1 2 3	
7	男・女		1 2 3	
8	男・女		1 2 3	
9	男・女		1 2 3	
10	男・女		1 2 3	

* 疾病名 (番号を○で囲む)
1:メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
2:ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
3:薬剤耐性緑膿菌感染症

** 検体採取部位
複数部位から検出された場合は、最も重要と
考えられる1カ所のみを記載。

お願い ・報告件数がない場合は、0件と記入の上、報告してください。
・翌月の2日までにFAX(本紙)にて、医療衛生企画課に報告してください。