（様式１）

※様式２～１０も同様の作業あり

医療衛生企画課 宛（FAX:251-7233）

感染症発生動向調査（急性呼吸器感染症定点）

カレンダー（契約後提供します）と対応する週数・日付

週 報

西暦 年			
2	0	2	7

第 週	
0	1

区コード			

医療機関名

調査期間　2027年1月4日～2027年1月10日

医療機関一覧（契約後提供します）にある医療機関名とそれに対応する区コード（様式ごとに医療機関の数や種類は異なります）

		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	70～79	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	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																					

		0歳	1～4	5～9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80歳以上	合　計
急性呼吸器感染症	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。

・毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）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
（小児科定点、急性呼吸器感染症定点）

西暦 年 | 第 週 | 区コード

2 0 2 ＿ | ＿ ＿ | ＿ ＿ ＿ ＿

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、又は死体を検案した場合に届出を行うこと。

		0～5ヶ月	6～11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	6～11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										

		0歳	1～4	5～9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80歳以上	合　計
急性呼吸器感染症	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。

・毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）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			
2	0	2							

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	20〜29	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。

・毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、医療衛生企画課に報告してください。

（様式４）

月 報

医療衛生企画課 宛（FAX:251-7233）

感染症発生動向調査（ＳＴＤ定点）

西暦 年 | 2 | 0 | 2 | | 月 | | 区コード | | | | |

医療機関名

調査期間

		0歳	1～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70歳以上	合　計
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日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）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

西暦 年 | 第 週 | 区コード

2 0 2

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）

調査期間

※インフルエンザによる入院患者がいない場合でも、
０報告であげてください。

※毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、医療衛生企画課に報告してください。

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	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	
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＞
○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

2 0 2

調査期間

※COVID-19による入院患者がいない場合でも、
０報告であげてください。

※毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、医療衛生企画課に報告してください。

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。

（様式７）

医療衛生企画課 宛 （FAX:251-7233）

週 報

西暦 年 | 2 | 0 | 2 | |

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。　・毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）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

西暦 年　月　区コード

2 0 2

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＊	検体採取部位＊＊
1		男・女		1　2	
2		男・女		1　2	
3		男・女		1　2	
4		男・女		1　2	
5		男・女		1　2	
6		男・女		1　2	
7		男・女		1　2	
8		男・女		1　2	
9		男・女		1　2	
10		男・女		1　2	

＊　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

＊＊　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ヵ所のみを記載。

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日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、医療衛生企画課に報告してください。

（様式９）

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：2 0 2 ［ ］　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、又は死体を検案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。

・毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、医療衛生企画課に報告してください。

（様式１０）

医療衛生企画課 宛（FAX:251-7233）

週 報

感染症発生動向調査 （急性呼吸器感染症定点）

西暦	年	第	週	区コード			
2	0	2					

医療機関名

調査期間

		0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	合　計
急性呼吸器感染症	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。

・毎週月曜日までに感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、医療衛生企画課に報告してください。

（様式１１）

医療衛生企画課 宛（FAX:251-7233）

この届出は疑似症と判断した際直ちに行ってください

※感染症サーベイランスシステム（難しい場合はFAX）にて、
医療衛生企画課に報告してください。

感染症発生動向調査（疑似症定点）

報告日　令和　　年　　月　　日

医療機関名：　　担当医師：

連絡先：

以下の項目１～３をすべて満たすものとする。

項　目	1	感染症を疑わせるような症状 （該当するものに○、その他は具体的に記載） (1)　発　　熱 (2)　呼吸器症状 (3)　発　し　ん (4)　消化器症状 (5)　神 経 症 状 (6)　そ　の　他　（　　）
	2	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と判断 ・特記事項 （　　）
	3	医師が一般に認められている医学的知見に基づき 直ちに特定の感染症と診断することができないと判断 ・特記事項 （　　）
備　考		
年　齢	歳　　ヶ月	
性　別	男　　女	