

<HER-SYS「発生届タブ」の入力における留意点>

発生届 ※ 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。

法令様式 off

従事する病院・診療所の名称	<input type="text" value="外来機関名を検索"/>	<input type="button" value="外来機関を検索"/>		
医師の氏名	<input type="text" value="姓"/>	<input type="text" value="名"/>		
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"/>		
生年月日	<input type="text" value="生年月日(西暦入力)"/>			
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女			
当該者職業	<input type="text"/>			
当該者住所	郵便番号	都道府県	住所1	住所2
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
電話番号1	郵便番号	都道府県	住所1	住所2
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
当該者所在地	郵便番号	都道府県	住所1	住所2
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	当該者住所と同じ	<input type="checkbox"/>		

患者へ My HER-SYS(健康観察アプリ)の通知するために必須の項目ですので、必ず入力してください。

ハイリスク集団に属するか等、療養方針決定の判断に必要な情報ですので、必ず入力してください。

住所と所在地(現に住んでいる場所)が同じ場合は、レ点を付けてください

電話番号2

※こちらの番号にMy HER-SYS等の通知が届きます

電話番号1と同じ

保護者氏名

保護者住所

当該者住所と同じ

保護者電話番号

電話番号1と同じ

こちらの電話番号あてに My HER-SYS (健康観察アプリ) の URL がショートメッセージで通知されますので、携帯電話の番号を入力してください。

電話番号が一つしかない場合は、電話番号1に入力後、「電話番号 1 と同じ」にレ点を入れてください。

症状

発熱 無 有 症状なし

咳 無 有

咳以外の急性呼吸器症状 無 有

肺炎像 無 有

重篤な肺炎 無 有

急性呼吸窮迫症候群 無 有

多臓器不全 無 有

全身倦怠感 無 有

頭痛 無 有

嘔気/嘔吐 無 有

下痢 無 有

結膜炎 無 有

嗅覚・味覚障害 無 有

酸素飽和度（室内気） %

その他症状

診断方法

診断類型

検査方法

検体

検体採取日

陰性

陽性

その他

検査1

日付選択

自由記述欄

初診年月日

日付選択

診断（検案）年月日

日付選択

感染したと推定される年月日

日付選択

発病年月日

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

日付選択

感染原因・感染経路

確定 推定 不明

1. 飛沫・飛沫核感染

感染源の種類・状況

2. 接触感染

接触した人・物の種類・状況

3. その他

感染地域

確定 推定 不明

日本国内

都道府県

市区町村

▼

▼

場所区分

場所名称

▼

国外

国

詳細地域

国名を入力してください

渡航期間

出国日

日付選択

入国日

日付選択

~

医師が必要と認める事項

新型コロナウイルスワクチン接種歴

1回目

無 有 (歳) 不明

ワクチンの種類

製造会社

接種年月日

日付選択

重症化リスクの判断材料になりますので、接種歴がある場合は必ず入力してください。
有を選択すると、2回目の項目が入力可能となります。

届出時点の入院の有無

無 有 入院年月日 日付選択

重症化のリスク因子となる疾患

無 有

悪性腫瘍

無 有

慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

無 有

慢性腎臓病

無 有

重症化リスクの判断材料になりますので、必ず入力してください。

高血圧 無 有

糖尿病 無 有

脂質異常症 無 有

肥満（BMI30以上） 無 有

喫煙歴 無 有

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

無 有

妊娠 無 有

重症度（「新型コロナウイルス感染症（COVID 19）診療の手引き」による。）

軽症 中等症I 中等症II 重症

入院の必要性 無 有

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての時限的・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

無 有

療養方針決定の判断に必要な情報ですので、必ず入力してください。

報告年月日

リンクの有無

リンクなし リンクあり 調査中

※積極的疫学調査の結果を記入してください

変異株PCR

陰性 陽性 判定不能 未実施

ゲノム解析結果

※ゲノム解析により変異株確定済み（陽性）の場合にチェック・入力してください

特記事項欄

推定感染源、クラスター発生場所等を入力してください。

診察時の症状から変化がある時は、こちらに結果連絡時（直近）の症状を入力してください。
また、HER-SYS がない項目や保健所への伝達事項（電話番号1・2以外の連絡先等）がある場合は、こちらの欄をご活用ください。

パスポート番号
（旅券番号）

届出先保健所

オリンピック・
パラリンピック

担当保健所

入院医療機関

医療機関名を検索



医療機関を検索

通知設定

メール送信

する しない ※届出先保健所と担当保健所（管轄する都道府県職員含む）に発生病が報告されたことを通知します

送信先

My HER-SYS URL 通知

する しない ※My HER-SYS URLを通知しません

通知先

電話番号2を入力してください

前回通知日

未通知

HER-SYS ID 通知

する しない ※HER-SYS IDを通知しません

通知先

電話番号2を入力してください

前回通知日

未通知

「する」を選択すると、患者の携帯電話に My HER-SYS(健康観察アプリ)による健康観察実施の案内が届き、いち早く保健所へ健康状態を報告することが可能になります。
なお、患者への通知には「電話番号2」(携帯電話番号)と「生年月日」が入力されている必要がありますので、今一度ご確認ください。

確認