

## 検査結果の連絡方法

- 患者への検査結果の連絡は、医療機関から実施してください。
- **検査結果が陽性の場合、検査結果が判明した時点で、直ちに最寄りの保健所に電話連絡**（土日祝など電話が繋がらない場合はコールセンター（広島市は平日と同様。福山市は土日祝の専用連絡先）経由で連絡）**及び HER-SYS による発生届の提出**をお願いします。なお、**陽性の場合の電話連絡は 18 時判明分までとし、18 時以降に判明したものについては翌日 8 時 30 分～9 時の間に報告**してください。
- 新型コロナウイルスの疑似症と診断され、入院を要す場合も HER-SYS への入力をお願いします。検査結果が陰性の場合、陰性結果を入力してください。陽性の場合には陽性結果を入力いただくともに、検査の診断分類を「患者（確定例）」に修正してください。

### <県内各保健所（支所）・保健センターの連絡先>

	保健所名	連絡票送付先 (FAX 番号等)	陽性の場合等の連絡先		所管区域
			保健所 (平日)	コールセンター等 (土日祝)	
県	西部保健所	0829-32-3244	0829-32-1181	082-513-2567	大竹市, 廿日市市
	西部保健所広島支所	082-511-8707	082-513-5521		安芸高田市, 安芸郡, 山県郡
	西部保健所呉支所	0823-22-5994	0823-22-5400		江田島市
	西部東保健所	082-422-5048	082-422-6911		竹原市, 東広島市, 豊田郡
	東部保健所	0848-25-2463	0848-25-2011		三原市, 尾道市, 世羅郡
	東部保健所福山支所	084-928-7882	084-921-1413		府中市, 神石郡
	北部保健所	0824-63-5190	0824-63-5181		三次市, 庄原市
広島市	中保健センター	082-504-2175	082-504-2528	左記に同じ	広島市中区
	東保健センター	082-568-7790	082-568-7729		広島市東区
	南保健センター	082-254-9184	082-250-4108		広島市南区
	西保健センター	082-294-6113	082-294-6235		広島市西区
	安佐南保健センター	082-870-2255	082-831-4942		広島市安佐南区
	安佐北保健センター	082-819-0602	082-819-0586		広島市安佐北区
	安芸保健センター	082-821-2832	082-821-2809		広島市安芸区
	佐伯保健センター	082-923-1611	082-943-9731		広島市佐伯区
呉市	呉市保健所	0823-24-6826	0823-25-3525	0823-22-5858	呉市
福山市	福山市保健所	<a href="mailto:hoken-yobou@city.fukuyama.hiroshima.jp">hoken-yobou@city.fukuyama.hiroshima.jp</a> 084-921-6012	084-928-1127	084-928-1350	福山市

### <検査実施時の保健指導について>

検査結果の判明まで、検査を受けた方が一時帰宅される場合、別紙「お願い」を本人（同伴者がいる場合は同伴者も含む）へ説明してください。

### <HER-SYS について>

ログインに必要な ID の付与及びマニュアルについて、おって連絡します。

新型コロナウイルス感染症 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6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。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （署名又は記名押印のこと）

従事する病院・診療所の名称 \_\_\_\_\_

上記病院・診療所の所在地(※) \_\_\_\_\_

電話番号(※) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(※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）の種類					
・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	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	
	男・女	年 月 日	歳 ( 月 )		
7 当該者住所					
電話 ( ) -					
8 当該者所在地					
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 ( ) -				

11 症 状	・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 ・その他 ( ) ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路 ( 確定・推定 ) 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 ( ) )
	12 診 断 方 法	・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 ( 月 日 ) 結果 ( 陽性・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 )
		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 ・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)
13 初診年月日	令和 年 月 日	
14 診断（検案(※)）年月日	令和 年 月 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 年 月 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。)

この届出は診断後直ちに行ってください