

# 簡略化届出項目(HER-SYS) 1

発生届(ver.2) ※ 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。

FAX様式  off

実際の届出日を入力してください

届出に必要な項目

報告年月日	2022/08/31	×
従事する病院・診療所の名称	新潟県庁医務室	外来機関を検索
上記病院・診療所の所在地	新潟市中央区新光町4番地1	
電話番号	025-285-5511	
医師の氏名	姓	名

届出必須項目

該当時届出項目

省略可能項目

届出先保健所 新潟市保健所

診断（検察）した者（死体）の類型  ※疑似症患者について、入院を要しないと認められる場合は、発生届の提出は不要

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"/>
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> その他	
生年月日	西暦 <input type="text"/>	1999/01/01

診断時の年齢（0歳は月齢）

当該者所在地	郵便番号 <input type="text"/>	都道府県 <input type="text"/>	市区町村 <input type="text"/>	丁目番地 <input type="text"/>
--------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

※住所は現在居住している住所を記入

電話番号1 09012345678 ※こちらの番号にMy HER-SYS等の通知が届きます

担当保健所 新潟県

当該者住所	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------

※住民票のある住所等

当該者所在地と同じ

電話番号2 09012345678

電話番号1と同じ

保護者氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------

保護者電話番号 09012345678 ※保護者氏名、電話番号は患者が未成年の場合のみ記入

電話番号1と同じ

# 簡略化届出項目(HER-SYS) 2

## 診断情報

診断（検案）年月日

日付選択

検体採取日  
(診断の根拠となったもの)

日付選択

システム改修終了までは診断日を入力

発病年月日  
(有症状の場合)

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  
(死亡者検案の場合)

日付選択

## 新型コロナウイルスワクチン接種歴 ※ワクチン接種回数が0の場合は「0」と選択し、不明の場合は「不明」と選択

接種回数  回

直近の新型コロナウイルス  
ワクチン接種年月日



※カレンダーからも入力可能です

直近の  
新型コロナウイルスワクチン

※リストに無いワクチンの場合は、その他を選択し接種ワクチンの種類を記入

## 重症化のリスク因子となる疾患等

※該当するものにチェックを入れ、下記以外の因子があればその他に記入

重症化リスク因子となる  
疾患等の有無

無  有

悪性腫瘍  無  有

慢性呼吸器疾患  
(COPD等)  無  有

※慢性閉塞性肺疾患、間質性肺疾患、肺塞栓症、肺高血圧症、気管支拡張症等

慢性腎臓病  無  有

心血管疾患  無  有

脳血管疾患  無  有

喫煙歴  無  有

高血圧  無  有

糖尿病  無  有

脂質異常症  無  有

肥満 (BMI30以上)  無  有

臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由による免疫機能の低下  無  有

妊娠  無  有

※その他

発生届出時点の重症度（新型コロナウイルス感染症診療の手引きによる。）

重症度  軽症  中等症I（呼吸不全なし）  中等症II（呼吸不全あり）  重症  無症状

発生届出時点の入院の必要性  無  有

発生届出時点の入院  無  有

任意入力項目

発生届出時点の入院

該当時、可能であれば入力してください

入院年月日

日付選択

入院医療機関

医療機関名を検索



医療機関を検索

これ以降の項目については、  
入力不要です

