

□ 疫学調査の情報及び資料の入力時の基本原則

- 新型コロナウイルスに関する外国人の確定患者の中で韓国語でのコミュニケーションが難しい感染者を対象
- 一次的に本人が‘基本，詳細疫学調査書’の必須項目を中心に作成
 - － 必須記載事項(計21項目：網掛け部分)は必ず記入
- 通訳支援者のサポートを受け、保健所の担当者が確認・検討・追加

□ 【基本/詳細】疫学調査書の必須項目の作成時の注意事項

1. 個人情報

- － 1.2 外国人登録番号がない場合：‘-’の左側に‘生年月日’を記入、右側に‘5000000’を記録
 - * (保健所の担当者の業務) 右側の最初の数字は任意で‘5(1900年代生まれの外国籍の男性), 6(1900年代生まれの外国籍の女性), 7(2000年代生まれの男性), 8(2000年代生まれの女性)’を入力
- － 1.5 居住地：現住所
- － 1.7 職業：会社名または学校名, 住所, 連絡先を記録

2. 症状及び基礎疾患

- － 2.1 症状の有無, 2.2 症状の発生日, 2.3 初期症状の種類は必ずチェック

3. 推定感染経路

- － 3.2 感染者との接触：初期症状の発生日の14日前から現在までに会った先行感染者の氏名, 関係を記録
- － 3.4 その他：推定感染経路に関連するその他の事項を記入

4. 集団生活施設の利用履歴

- － 初期症状の発生日の14日前から現在までに本人が生活した集団生活施設名を記入

5. 家族及び集団生活施設での接触者

- － 初期症状の発生日の2日前から現在までに家庭、集団生活施設、医療機関で発生した接触者を把握する為
- － 各施設別に場所と接触者の規模を記入

添付 2

新型コロナウイルス疫学調査書【基本】**外国人の確定患者用**

※ 登録サイト：コロナ19情報管理システム(covid19.kdca.go.kr) - 疫学調査 - 基本疫学調査書(確定患者)

調査者	管轄の市道	連絡先	(事務所)	申請機関 (保健所名, 医療機関名)
	調査保健所		(携帯)	
	調査者氏名	調査日	年 月 日	

確定番号	(※疾病管理庁が付与)	検査機関	隔離の種類 及び場所	<input type="checkbox"/> 自宅, <input type="checkbox"/> 施設, <input type="checkbox"/> 病院 (場所名:)
確定日	年 月 日	検査日	年 月 日	隔離を始めた日

1. 個人情報 (該当する内容に ☒印または記載)

1.1 氏名	1.2 外国人 登録番号	生年月日	固有番号	1.3 性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
1.4 国籍	<input type="radio"/> 国内 <input type="radio"/> 海外 ()	1.5 居住地			
1.6 連絡先	患者 保護者	1.7 職業 社名, 学校名 等	<input type="radio"/> 有(施設名: / 住所: / 連絡先:) <input type="radio"/> 無		
1.8 医療機関の従事者	<input type="radio"/> 該当する (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護婦 <input type="checkbox"/> その他(放射線技師, 看護助務士, 臨床検査技師, 移送要員, その他) <input type="radio"/> 該当しない				
1.9 障害者登録の有無	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	1.10 障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 等	1.11 障害の程度	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度

2. 症状及び基礎疾患(該当する内容に ☒印または記入)

2.1 症状の有無 (確定日の4日前から今まで)	<input type="radio"/> 有 (2.2, 2.3 を作成) <input type="radio"/> 無	2.2 症状の発生日	年 月 日
2.3 初期症状	<input type="checkbox"/> 発熱(主観的な主張を含む) <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状以外 <input type="checkbox"/> 肺炎		
	<input type="radio"/> 有 (____ . ____ °C) <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 味覚喪失 <input type="checkbox"/> 嗅覚喪失 <input type="checkbox"/> その他() <input type="radio"/> 無
2.4 基礎疾患	<input type="radio"/> はい (基礎疾患名:) <input type="radio"/> いいえ	2.5 妊娠の有無	<input type="radio"/> はい (週) <input type="radio"/> いいえ
2.6 治療の状態(感染当時)	<input type="checkbox"/> 一般治療 <input type="checkbox"/> 酸素治療(鼻カニューラ, マスク) <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 調査中 <input type="checkbox"/> その他()	2.7 喫煙の有無	<input type="radio"/> 現在喫煙 <input type="radio"/> 過去喫煙 <input type="radio"/> 非喫煙
2.8 検査の結果	実験機関	RdRp gene	E gene
2.9 検査の理由	<input type="radio"/> 本人が判断 <input type="radio"/> 医師の所見及び勧奨 <input type="radio"/> 海外への訪問履歴 <input type="radio"/> 集団発生と疫学的な関連性 <input type="radio"/> 家族または知人が確定患者		
2.10 新型コロナウイルスの予防接種	<input type="checkbox"/> 接種の有無 <input type="checkbox"/> 接種場所	<input type="checkbox"/> ワクチンの種類	1次 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ヤンセン <input type="checkbox"/> その他 2次 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ヤンセン <input type="checkbox"/> その他
	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		接種日 年 月 日

3. 推定感染経路 (初期症状が現れた日の14日前から現在まで、☒印または記入)

3.1 海外(外国)滞在(帰国)	<input type="radio"/> 有 (国家名 , 入国日 年 月 日) <input type="radio"/> 無
3.2 感染者との接触	<input type="radio"/> 無 (<input type="checkbox"/> 家族(同居人) 接触者, 氏名: 感染者番号: 関係:) <input type="checkbox"/> 家族(同居人)以外の接触者, 氏名: 感染者番号: 関係:) <input type="radio"/> 最終接触日 年 月 日
3.3 集団感染関連	<input type="radio"/> 有 (<input type="checkbox"/> 家族(同居人) <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 宗教関連 <input type="checkbox"/> 養老・精神疾患関連の施設 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他) <input type="radio"/> 無
3.4 その他	
3.5 先行感染者 ※ 市道/圏域の確認 (優先順位の順で記入)	1. 感染者番号: 氏名: 関係: 接触場所: 最初の接触日: 最終接触日: 2. 感染者番号: 氏名: 関係: 接触場所: 最初の接触日: 最終接触日: 3. 感染者番号: 氏名: 関係: 接触場所: 最初の接触日: 最終接触日:

4. 集団生活施設(医療機関, 施設など) 利用履歴(初期症状が現れた日の14日前から現在まで、☒印または記入)☐有 (機関/施設名 , ☐入居(入院)中(入居日: 年 月 日) ☐退居(退院) (退去日: 年 月 日) ☐無5. 家族(同居人)及び集団生活施設での接触者(初期症状が現れた日の2日前から現在まで、接触した家族及び集団生活施設での接触者), ☒印または記入

5.1 家族(同居人)との接触者	<input type="radio"/> 有 (人数: 名) <input type="radio"/> 無
5.2 施設での接触者(宗教 療養, 精神疾患関連の施設 学校, 塾など)	<input type="radio"/> 有 (施設名: , 人数: 名) <input type="radio"/> 無
5.3 医療機関での接触者	<input type="radio"/> 有 (医療機関名: , 人数: 名) <input type="radio"/> 無

6. 事例分類の結果 ※市道/圏域の確認

6.1 大分類	<input type="radio"/> 海外からの流入 <input type="radio"/> 海外からの流入関連 <input type="radio"/> 療養 <input type="radio"/> その他の集団 <input type="radio"/> 感染者との接触 <input type="radio"/> 未分類
6.2 中分類	
6.3 参考事項	

添付 3

新型コロナウイルス疫学調査書【詳細】**【外国人の確定患者用】**

2020.00.00.(曜日).00時

感染者#	氏名	外国人登録番号(パスポート番号)			
現住所：					
<同居人の情報>					
関係	氏名	連絡先	職業		
<職業についての情報>					
名称	業種	住所	連絡先		
<その他の個人情報>					
- クレジットカード：カード番号 / カード会社 / 名義人					
- 携帯電話：通信会社 / 名義人					
<推定感染経路>					
<動線>					
日時(曜日)	場所 (地域区分, ビル名)	移動手段 (徒歩, 自家用車, 自転車)	状況 (具体的に何処で誰と何をしたのかを中心に 記入)	接触者の特異活動 (氏名, 関係, 連絡先)	