事　務　連　絡
令和２年４月１６日

各 ｛都道府県／保健所設置市／特別区｝ 衛生主管部（局）御中

厚生労働省新型コロナウイルス感染症
対策推進本部

自宅療養を行う患者等に対するフォローアップについて（補足）

自宅療養を行う新型コロナウイルス感染症患者等（無症状病原体保有者を含む。）へのフォローアップに関しては、「新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養時の感染管理対策について」（令和２年４月２日付け事務連絡）において、「①電話等情報通信機器を用いて遠隔で、定期的に自宅療養中の患者の健康状態を把握するとともに、その患者からの相談を受ける体制及び②患者の症状が悪化した際に速やかに適切な医療機関を受診できる体制を整備する」ようお示ししたところである。定期的に自宅療養中の患者の健康状態を把握する際の質問項目等についても当該事務連において示してきたところであるが、今般、ICT 活用を図り本人が自らの体調を報告することを念頭においた健康観察票を別添のとおり取りまとめたので、貴職におかれては必要に応じてご活用いただきたい。

また、宿泊療養中の患者については「「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」の送付について」（令和２年４月２日付け事務連絡）において健康観察票をお示ししているところであるが、宿泊療養中の患者のフォローアップについても、本健康観察票を活用いただいて構わない。

なお、厚生労働省では自宅療養中の患者のフォローアップを効率的に実施するための ICT ツールの開発を進めているところであるが、当該 ICT ツールでは、別添の健康観察票を踏まえて質問項目を設定する予定である。

新型コロナウイルス感染症軽症者等の健康観察票

管理番号：	住所：	TEL：　　-　　-	Email：　　@
患者氏名：	**自宅療養を開始した日**：　年　月　日		

		自宅療養開始日	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目	開始後　日目
日付及び聴取時間		/　：	/　：	/　：	/　：	/　：	/　：	/　：	/　：	/　：	/　：
		：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
体温		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
		℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
［喀痰・咳嗽］咳やたんが、ひどくなっている		いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［息苦しさ］日常生活の中で息苦しさを感じる ＊動いた際に息苦しいか		いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［全身倦怠感］起きているのがつらい		いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［嘔気・嘔吐］嘔吐や吐き気が続いている		いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［下痢］下痢が続いている（１日３回以上の下痢）		いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい	いいえ・はい
［意識障害］ まわりから、ぼんやりしていると指摘された		いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明	いいえ ・はい ・同居者なく不明
その他	食事が食べられない	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい
	半日で一度も尿が出ていない	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい
	その他の症状（鼻水・鼻づまり、のどの痛み、結膜充血、頭痛、関節筋肉痛、けいれん、その他の気になる症状）	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい	いいえ ・はい
		（具体の症状）									
所見											
受診勧奨		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
備考											

紹介先医療機関名（紹介を行った場合）：

紹介先医療機関との調整状況（紹介を行った場合）：

確認者氏名：　　所属：　　TEL：　　－　　－

Email