

事 務 連 絡
令和 2 年 4 月 2 7 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

新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養・自宅療養における
健康観察における留意点について

新型コロナウイルス感染症の無症状原体保有者及び軽症患者（以下「軽症者等」という。）の宿泊療養及び自宅療養においては、軽症者等の状態が急変する可能性もあることから、軽症者等本人が自らの経過観察（セルフチェック）を行う際に留意すべき「緊急性の高い症状」及び当該項目に該当したときの対応を下記のとおり整理しましたので、宿泊療養・自宅療養における健康観察の際にご活用いただくよう、お願いいたします。

記

- 経過観察（セルフチェック）を行う軽症者等本人に対し、表【緊急性の高い症状】の項目を伝えるとともに、以下の注意事項を併せて伝えることが重要である。
 - ・セルフチェックの際に、「緊急性の高い症状」に該当したときには、看護師等からの定期的な連絡を待つことなく、以下の窓口にただちに連絡すること
宿泊療養の場合には、宿泊施設に配置された看護師等
自宅療養の場合には、各都道府県等の連絡・相談窓口
 - ・セルフチェックのタイミング以外においても、「緊急性の高い症状」を認識したときは同様に窓口にただちに連絡すること
- 軽症者等へ渡す資料として様式 1 を、健康観察表として様式 2 を作成したので、活用願いたい。

表【緊急性の高い症状】 ※は家族等が以下の項目を確認した場合

〔表情・外見〕	・ 顔色が明らかに悪い ※ ・ 唇が紫色になっている ・ いつもと違う、様子がおかしい ※
〔息苦しさ等〕	・ 息が荒くなった（呼吸数が多くなった） ・ 急に息苦しくなった ・ 生活をしていて少し動くと息苦しい ・ 胸の痛みがある ・ 横になれない。座らないと息ができない ・ 肩で息をしている ・ 突然（2時間以内を目安）ゼーゼーしはじめた
〔意識障害等〕	・ ぼんやりしている（反応が弱い） ※ ・ もうろうとしている（返事がない） ※ ・ 脈がとぶ、脈のリズムが乱れる感じがする

- なお、外来患者でそのまま宿泊療養等へ移行する者については、一度入院して治療等を受けた後、宿泊療養等へ移行する者と比較して、これからウイルス量が増加する可能性があること等から、軽症者等の症状や状態等に応じ、
- ・ セルフチェックする回数（原則1日2回）を増やし、1日3回（朝・昼・夜）又は4回（朝・昼・夕・寝る前等）を目安として設定
 - ・ 健康状態の聴取のために連絡する回数を1日2回に増加する
- など、より症状の変化に留意して健康観察し、必要に応じて速やかに医師に相談すること。

以上

宿泊施設や自宅で療養される方へ
～新型コロナウイルス感染症の療養時における留意点～

- ・在宅で療養をするにあたり、ご不安なことも多いことと思いますが、保健所職員があなたの療養をサポートします。
- ・毎日保健所より健康観察のためにご連絡しますので、そのときにあなたの体調についてお聞かせください。
- ・また、1日に____回_____のときに、以下の囲みのような症状の有無について、自己チェック（セルフチェック）をしていただき、該当する項目がある場合には、直ちに_____に連絡してください。
- ・自己チェックのタイミングでなくても、症状がみられたときには、緊急の対応が必要となりますので、直ちに連絡してください。

●緊急性の高い症状 ※はご家族がご覧になって判断した場合はです。

表情・外見	・ 顔色が明らかに悪い ※ ・ 唇が紫色になっている ・ いつもと違う、様子がおかしい ※
息苦しさ等	・ 息が荒くなった（呼吸数が多くなった） ・ 急に息苦しくなった ・ 日常生活の中で少し動くと息があがる ・ 胸の痛みがある ・ 横になれない・座らないと息ができない ・ 肩で息をしている・ゼーゼーしている
意識障害等	・ ぼんやりしている（反応が弱い）※ ・ もうろうとしている（返事がない）※ ・ 脈がとぶ、脈のリズムが乱れる感じがする



連絡先：

• 0 ●●● – ●●●●●●●●●●

新型コロナウイルス感染症軽症者等の健康観察票

様式2

★の項目が一つでも「はい」になった場合には、ただちに、必ず看護師等に連絡してください。（連絡先： ）

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	開始後 日目
日付及び聴取時間	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :
	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
[表情・外見] ★顔色が明らかに悪い ★唇が紫色になっている ★いつもと違う、様子がおかしい	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	いいえ・はい
[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	いいえ・はい
[息苦しさ] ★息が荒くなった（呼吸数が多くなった） ★急に息苦しくなった ★日常生活の中で少し動くと息があがる ★胸の痛みがある ★横になれない・座らないと息ができない ★肩で息をしている・ゼーゼーしている	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	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	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	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	いいえ・はい
[意識障害] ★ぼんやりしている（反応が弱い） ★もうろうとしている（返事がない） ★脈が飛ぶ、脈のリズムが乱れる感じがする	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	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	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： - -