

平成 25 年 4 月 10 日

市内医療機関 各位

横浜市保健所長

**「中国における鳥インフルエンザ A (H7N9) の患者の発生 (情報提供依頼)」に係る休日・夜間の対応について (依頼)**

日ごろから、本市の感染症対策にご理解・ご協力いただき厚くお礼申し上げます。  
標記につきまして、平成 25 年 4 月 4 日健健安第 38 号にて、情報提供を依頼したところですが、休日・夜間に疑い患者を診察した場合の対応については、次のとおりといたしますのでよろしくお願い申し上げます。

**\*休日 (土日祝日) 及び平日夜間 (業務時間外 : 17:15~翌 8:30) に、報告要件に該当する患者を診察した場合**

その内容を別紙「情報提供シート」に記入し、FAX (045-664-7296) 送信した上で、その旨を「感染症・食中毒緊急通報ダイヤル」としてご案内している「**045-664-7293**」まで、ご連絡ください。

※報告要件は、①38 度以上の発熱②急性呼吸器症状③肺病変の疑い④発症前 10 日以内に中国に渡航又は居住、のいずれも満たす場合です。

※上記ダイヤルは冒頭にガイダンスが流れるため、繋がるまでに時間を要する点をご了承ください。

**<感染症・食中毒緊急通報ダイヤル>**

感染症・食中毒等により生命と健康の安全が脅かされるような重大な事態を早期に探知し、緊急に対応するために設置しています。

**【添付資料】**

- ・平成25年4月4日健健安第38号 (保健所長依頼文)

(担当) 横浜市保健所 健康安全課  
新型インフルエンザ等対策担当

芳賀、羽布津、松本

TEL 671-2445

[kf-influ@city.yokohama.jp](mailto:kf-influ@city.yokohama.jp)

健健安第 38 号  
平成 25 年 4 月 4 日

市内医療機関 各位

横浜市保健所長

中国における鳥インフルエンザ A (H7N9) の患者の発生について  
(情報提供及び協力依頼)

日ごろから、本市の感染症対策にご理解・ご協力いただき厚くお礼申し上げます。

平成 25 年 4 月 3 日付健感発 0403 第 3 号により厚生労働省健康局結核感染症課長から、中国における鳥インフルエンザ A (H7N9) の患者発生に関する情報提供及び患者診察時の情報提供についての協力依頼がありました。

つきましては、下記の要件に該当する患者を診察した場合、別紙にて、横浜市保健所への情報提供をお願いいたします。

なお、下記の要件に合致する患者の診療にあたって、手洗いやアルコール消毒、マスクの着用などの標準予防策の徹底も併せてお願いいたします。

**【情報提供いただく患者の要件】**

38 度以上の発熱と急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺病変（例：肺炎又はARDS）が疑われる者であり、発症前 10 日以内に中国に渡航又は居住していた者。  
但し、他の感染症によること又は他の病因が明らかな場合は除く。

**【別紙の記入にあたって】**

「2 患者情報について」は、検査等で必要となる場合がありますので、患者の同意を得た上でご記入ください。

**【情報提供先】**

横浜市保健所 健康安全課

電 話：6 7 1－2 4 4 5

F A X：6 6 4－7 2 9 6

eメール：[kf-influ@city.yokohama.jp](mailto:kf-influ@city.yokohama.jp)

**【添付資料】**

厚生労働省通知「中国における鳥インフルエンザ A (H7N9) の患者の発生について」  
(平成25年4月3日健感発0403第3号)

## 鳥インフルエンザA（H7N9）に関する情報提供シート

医療機関名： \_\_\_\_\_ 医師名： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

診察日時： 平成25年 月 日( ) 時 分

## 1 患者診察時の情報について

(1) 症状： 発症日( 月 日)

- ・発熱 ( °C)
- ・急性呼吸器症状 ( 呼吸困難 咳嗽 咽頭痛 鼻汁もしくは鼻閉 )
- ・肺病変(疑い) ( 肺炎 ARDS その他( ) )
- ・その他の症状 ( )

(2) 中国への渡航または居住歴

- ・帰国日 ( 年 月 日)
- ・滞在期間及び滞在先

滞 在 期 間	滞 在 先
月 日 ~ 月 日	省 州・市
月 日 ~ 月 日	省 州・市
月 日 ~ 月 日	省 州・市

(3) 同居家族等のインフルエンザ様症状の有無 あり なし

<特記事項> ※現地での動物との接触状況や症状の経過、その他連絡すべき事項

..... 検査等で必要となる場合がありますので、患者様の同意を得た上で、以下の情報提供をお願いします。 .....

## 2 患者情報について

(1) 氏名： \_\_\_\_\_

(2) 性別： 男 女

(3) 生年月日： (M・T・S・H) 年 月 日 (年齢 歳)

(4) 住所： \_\_\_\_\_

(5) 電話番号： \_\_\_\_\_