

(地 46F)  
平成15年5月16日

郡市区医師会  
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長  
雪 下 國 雄

SARS「疑い例」及び「可能性例」の報告様式について(SARS対策第14報)及び「SARSコロナウィルスの行政検査要領」について(SARS対策第13報関係)の送付について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、症例定義の改正とそれに伴うSARSコロナウィルスの行政検査の実施等について(SARS対策第13報)につきましては、平成15年5月9日付(地 40F)をもって貴会宛に情報提供いたしました。

今般、別添のとおり、SARS「疑い例」及び「可能性例」の報告様式について(SARS対策第14報)の通知が、厚生労働省健康局結核感染症課長より、各都道府県・政令市・特別区衛生主管部(局)長宛に出されました。

本通知は、SARS「疑い例」及び「可能性例」の報告の際に使用する様式について定めたものであります。

また併せて、「SARSコロナウィルスの行政検査要領」について(SARS対策第13報関係)の事務連絡が、厚生労働省健康局結核感染症課より、各都道府県・政令市・特別区衛生主管部(局)担当課宛に出されました。

SARSコロナウィルスの行政検査については、医療機関における対応として、「疑い例」と「可能性例」について保健所に届出をした段階で、検体採取について保健所の指示に従うことになっております。

つきましては、本通知等をお送りいたしますので、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、医療機関に対し周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

---

健感発第 0516001 号

平成 15 年 5 月 16 日

各 

|       |
|-------|
| 都道府県  |
| 政 令 市 |
| 特 別 区 |

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

S A R S 「疑い例」及び「可能性例」の報告様式について  
(S A R S 対策第 1 4 報)

S A R S 「疑い例」及び「可能性例」の症例定義について、「症例定義の改正とそれに伴う S A R S コロナウイルスの行政検査の実施等について(S A R S 対策第 1 3 報)」(平成 1 5 年 5 月 8 日付け健感発 0 5 0 8 0 0 2 号)において通知したところである。

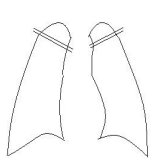
このたび、同通知における症例定義の改正に伴い、S A R S 「疑い例」及び「可能性例」の報告の際に使用する様式について、当分の間、別紙のとおりとするので通知する。

貴管内の医療機関等の関係機関への周知の上、適切に対応していただくようお願いする。

## 重症急性呼吸器症候群（SARS）「疑い例」「可能性例」報告用紙

太枠内は必ずご記入ください。

報告年月日：平成 年 月 日

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                         |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 医療機関名：_____                                             |                                                                                                                                                                                                                                                  | 医師名：_____                                                                           |                                                         |
| 医療機関連絡先<br>〒 _____ 住所<br>_____ :                        |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                         |
| 電話： _____ - _____ - _____                               |                                                                                                                                                                                                                                                  | FAX： _____ - _____ - _____                                                          |                                                         |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  | 電子メール： _____ @ _____                                                                |                                                         |
| イニシャル<br>(姓・名)<br>.                                     | 男・女                                                                                                                                                                                                                                              | 明・大<br>昭・平                                                                          | 年 月 日生<br>( 歳 )                                         |
| 現住所(国内の場合)<br>都道 市区<br>府県 町村                            |                                                                                                                                                                                                                                                  | 国籍                                                                                  | 主な居住地<br>(国・都市名)                                        |
| 職業                                                      | 伝播確認地域への渡航及び期間<br>地域 [ ] 年 月 日 ~ 月 日 帰国便名<br>地域 [ ] 年 月 日 ~ 月 日 ( 便 )                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                         |
| 発病日                                                     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                            | 初診日                                                                                 | 年 月 日                                                   |
| 入院日                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                  | 年 月 日                                                                               |                                                         |
| 前医 1 なし 2 あり：医療機関名( )                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                         |
| 疑い例<br>「1」又は「2」<br>で、3,4,5のい<br>ずれかを満た<br>すもの<br>(数字に○) | 1 38 以上の急な発熱、および呼吸器症状：咳、呼吸困難感、その他 ( )<br>2 2002年11月1日以降に原因不明の急性呼吸器疾患で死亡し剖検が行われていない者<br>3 発症前10 日以内に、SARS の症例を看護・介護するか、同居しているか、患者の気道分泌物、体液<br>に触れた者〔内容を記載：〕<br>4 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域へ旅行した者。<br>5 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域に居住していた者。 |                                                                                     |                                                         |
| 可能性例<br>疑い例に加え<br>1,2,3のいず<br>れかを満たす<br>もの(数字に○)        | 1 胸部XP で肺炎又は呼吸窮迫症候群の所見を示す者<br>2 1つまたはそれ以上の検査法でSARSコロナウイルスが陽性となった者<br>3 原因不明の呼吸器疾患で死亡し、剖検により呼吸窮迫症候群の病理所見を示した者                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                         |
| 他の症状                                                    | 1 頭痛 2 悪寒戦慄 3 食欲不振 4 倦怠感 5 意識混濁 6 発疹 7 下痢 8 その他 ( )                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                         |
| 画像診断                                                    | 胸部X-P所見( 月 日 )<br>1：あり(右に記入) 2：なし<br><br>胸部CT所見 ( 月 日 )<br>1：あり ( ) 2：なし<br>3：未試行                                                                                                                                                                |  | 酸素投与<br>(数字に○)<br>1 酸素投与なし<br>2 経鼻チューブ・マスク<br>3 人工呼吸器管理 |
| 血液検査<br>( 月 日 )                                         | 白血球数 [ ] / $\mu$ l<br>好中球分画 [ ] %<br>リンパ球分画 [ ] %<br>血小板数 [ ] 万/ $\mu$ l<br>CRP [ ] mg/dl<br>ESR [ ] mm/h                                                                                                                                        | CPK [ ] IU/l<br>AST(GOT) [ ] IU/l<br>ALT(GPT) [ ] IU/l<br>LDH [ ] IU/l              | その他の検査所見                                                |
| 抗菌薬・抗<br>ウイルス薬<br>投与状況                                  | 1： _____ [ 病日 ~ 病日・投与中 ] 効果 ( )<br>2： _____ [ 病日 ~ 病日・投与中 ] 効果 ( )                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                         |
| 微生物学的<br>検査(検査を<br>行った場合、記<br>載)                        | 検査項目(例) 結 果 詳細(検査方法や力価など)<br>1 インフルエンザ [未施行・陰性・陽性] ( )<br>2 RSウイルス [未施行・陰性・陽性] ( )<br>3 クラミジア [未施行・陰性・陽性] ( )<br>4 マイコプラズマ [未施行・陰性・陽性] ( )<br>5                                                                                                  |                                                                                     |                                                         |
| 濃厚接触者(患者との関係)                                           | 接触状況                                                                                                                                                                                                                                             | 発病・隔離の有無                                                                            |                                                         |
| 備考(初診後の経過、現在の状態、その他特記事項など)                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |                                                         |

記載不要ID

(管轄保健所名) \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 保健所

なお、以下の１～６の内容について、後日お伺いしますので、あらかじめご了承ください。

追加報告の内容（該当する項目に○）

- １：患者の「疑い例」→「可能性例」への区分の変更
- ２：病状の変化（軽快・退院・外来フォローアップ終了・悪化・死亡）
- ３：治療に関する情報の追加
- ４：重要な病原体検査結果の追加
- ５：新たな接触者情報の追加
- ６：その他（主治医の判断で必要と思われる時）

### １：区分の変更（追加になった項目に○）

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 疑い例<br>「１」又は「２」<br>で３、４、５のい<br>ずれかを満たすも<br>の<br>(数字に○) | １ 38 以上の急な発熱、および呼吸器症状：咳、呼吸困難感、その他（ ）<br>２ 2002年11月1日以降に原因不明の急性呼吸器疾患で死亡し剖検が行われていない者<br>３ 発症前10 日以内に、SARS の症例を看護・介護するか、同居しているか、患者の気道分泌物、体液に触れた者〔内容を記載〕<br>４ 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域へ旅行した者。<br>５ 発症前10 日以内に、SARS の発生が報告されている地域に居住していた者。 |
| 可能性例<br>疑い例に加え<br>１、２、３のい<br>ずれかを満たすも<br>の<br>(数字に○)   | １ 胸部XP で肺炎又は呼吸窮迫症候群の所見を示す者<br>２ １つまたはそれ以上の試験法でSARS コロナウイルスが陽性となった者<br>３ 原因不明の呼吸器疾患で死亡し、剖検により呼吸窮迫症候群の病理所見を示した者                                                                                                                              |
| 他の症状                                                   | １ 頭痛 ２ 悪寒戦慄 ３ 食欲不振 ４ 倦怠感 ５ 意識混濁 ６ 発疹 ７ 下痢 ８ その他（ ）                                                                                                                                                                                         |

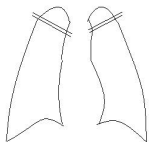
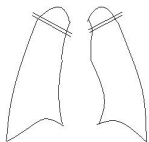
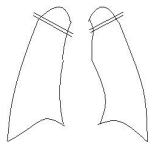
### ２：病状の変化

|               |                |                |                |
|---------------|----------------|----------------|----------------|
|               | 年 月 日          | 年 月 日          | 年 月 日          |
| 体温            |                |                |                |
| 症状            | ・咳 ・呼吸困難 ・（ ）  | ・咳 ・呼吸困難 ・（ ）  | ・咳 ・呼吸困難 ・（ ）  |
| 全身状態          | ・良好 ・比較的良好 ・不良 | ・良好 ・比較的良好 ・不良 | ・良好 ・比較的良好 ・不良 |
| 退院日：          | 年 月 日          | 外来フォローアップ終了日：  | 年 月 日          |
| 悪化傾向          | （具体的な内容・その日時）  |                |                |
| 死亡日：<br>年 月 日 | 死亡までの経過：       |                |                |

### ３：治療に関する情報の追加

|            |                                                                                                                                  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 抗菌薬・抗ウイルス薬 | １： _____ [ 病日～ 病日・投与中 ] 効果（ ）<br>２： _____ [ 病日～ 病日・投与中 ] 効果（ ）<br>３： _____ [ 病日～ 病日・投与中 ] 効果（ ）<br>４： _____ [ 病日～ 病日・投与中 ] 効果（ ） |
| ステロイド使用    | １：薬品名 _____ mg/day [ 病日～ 病日・投与中 ] 効果（ ）                                                                                          |
| その他の治療     |                                                                                                                                  |

#### 4：重要な検査結果の追加

|      | 年 月 日                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 血液検査 | 白血球数[ ] / $\bar{1}$<br>好中球分画 [ ] %<br>リンパ球分画 [ ] %<br>血小板数[ ] 万/ $\bar{1}$<br>CRP [ ] mg/dl<br>ESR [ ] mm/h CPK<br>CPK [ ] IU/l<br>AST(GOT) [ ] IU/l<br>ALT(GPT) [ ] IU/l<br>LDH [ ] IU/l<br>[ ]<br>[ ] | 白血球数[ ] / $\bar{1}$<br>好中球分画 [ ] %<br>リンパ球分画 [ ] %<br>血小板数[ ] 万/ $\bar{1}$<br>CRP [ ] mg/dl<br>ESR [ ] mm/h CPK<br>CPK [ ] IU/l<br>AST(GOT) [ ] IU/l<br>ALT(GPT) [ ] IU/l<br>LDH [ ] IU/l<br>[ ]<br>[ ] | 白血球数[ ] / $\bar{1}$<br>好中球分画 [ ] %<br>リンパ球分画 [ ] %<br>血小板数[ ] 万/ $\bar{1}$<br>CRP [ ] mg/dl<br>ESR [ ] mm/h CPK<br>CPK [ ] IU/l<br>AST(GOT) [ ] IU/l<br>ALT(GPT) [ ] IU/l<br>LDH [ ] IU/l<br>[ ]<br>[ ] |
| 画像診断 | 胸部X-P所見<br>1：あり ( )<br><br>2：なし                                                                                        | 胸部X-P所見<br>1：あり ( )<br><br>2：なし                                                                                        | 胸部X-P所見<br>1：あり ( )<br><br>2：なし                                                                                      |
| 酸素投与 | A 酸素投与なし、<br>B 経鼻チューブ・マスク<br>C 人工呼吸器管理                                                                                                                                                                  | A 酸素投与なし、<br>B 経鼻チューブ・マスク<br>C 人工呼吸器管理                                                                                                                                                                  | A 酸素投与なし、<br>B 経鼻チューブ・マスク<br>C 人工呼吸器管理                                                                                                                                                                  |

| 微生物学的検査 (検査を行った場合、記載) | 検査項目 (例)                | 結 果                                                                                                                               | 詳細 (検査方法や力価など) |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|                       | 日付 (月/日)                |                                                                                                                                   |                |
|                       | 1 インフルエンザ               | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       |                         | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       | 2 RSウイルス                | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       |                         | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       | 3 クラミジア                 | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       |                         | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       | 4 マイコプラズマ               | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       |                         | [未施行・陰性・陽性] ( ) ( / )                                                                                                             |                |
|                       | 5                       |                                                                                                                                   |                |
|                       | 6                       |                                                                                                                                   |                |
| SARSコロナウイルス検査の実施の有無   | ・あり ・なし<br>地方衛生研究所名 [ ] | 1:検体提出済み [検体ID ]<br>(提出済みのものに○をして下さい) 1 鼻咽頭拭い・洗浄、口腔咽頭拭い液ある<br>いは気管支肺胞洗浄液 2 喀痰 3 尿 4 便 5 血清 (シングル・ペア)<br>(検査結果については、結果表を添付してください。) | 2:検体未提出        |
| その他                   | 特記事項などあれば記載             |                                                                                                                                   |                |

#### 5：新たな接触者情報の追加

|                |      |          |
|----------------|------|----------|
| 濃厚接触者 (患者との関係) | 接触状況 | 発病・隔離の有無 |
|----------------|------|----------|

#### 6：その他 ( )

|  |
|--|
|  |
|--|

記載不要 ID

事 務 連 絡  
平成 15 年 5 月 16 日

各 

|       |
|-------|
| 都道府県  |
| 政 令 市 |
| 特 別 区 |

 衛生主管部（局）担当課 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

「SARS コロナウイルスの行政検査要領」について  
(SARS 対策第 13 報関係)

「SARS コロナウイルスの行政検査要領」については、「症例定義の改正とそれに伴う SARS コロナウイルスの行政検査の実施等について(SARS 対策第 13 報)」(平成 15 年 5 月 8 日付け健感発 0508002 号)において、骨子を通知したところですが、今般、別添のとおりとりまとめたのでご了知の上、よろしくご対応願います。

なお、本要領は、SARS に関する新たな科学的知見に応じて改訂し、結核感染症課事務連絡と共に、国立感染症研究所感染症情報センターホームページで情報提供を行うこととしております。

# SARS コロナウイルスの行政検査要領

## 1 医療機関における対応

### (1) 疑い例と可能性例の検体採取

検体の採取にあたっては、保健所の指示に従う。

採取前に保健所に連絡し、採取方法、採取至適時期、検体の種類を確認したうえで採取時期を決定し、採取を行う（参考1）。

採取する検体の種類は、検査指針の3に基づく

（ウイルス分離同定用検体については、その至適採取時期を考慮し、必ず抗体検査用のペア血清（急性期と発症後21日以降の回復期）を確保する必要がある）

疑い例の検体採取にあたっては、事前に本人の了解を得て行う。

### (2) 検体の送付

検体の送付に際しては保健所に連絡する。

### (3) SARS コロナウイルス以外の検査について

SARS コロナウイルス以外の病原体の検査については、従来の基準に従う。

## 2 保健所における対応

(1) 医療機関から連絡を受けた保健所は、検体の採取方法、採取時期について地方衛生研究所と調整し、地方衛生研究所への検体送付／搬入等の事務を行う。

(2) 「疑い例」・「可能性例」の報告様式中の症例IDを厚生労働省結核感染症課に確認し、医療機関に教示すると共に、今後の情報管理に使用する。

(3) (2)については、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の施行に伴う感染症発生動向調査事業の実施について」（厚生省保健医療局長通知平成11年3月19日付け健医発第458号）に基づいて行う。

## 3 地方衛生研究所における対応

### (1) 検体の取扱について

医療機関における検体採取方法（参考1）

医療機関における検体採取方法等について、技術的な支援を行うとともに、搬入 / 送付時間、方法等を打ち合わせて受け入れ態勢を準備する。

医療機関からの検体取扱（参考 1）

届いた検体は適切な方法で処理を行い、SARS コロナウイルスの検査を行う場合には、必ずオリジナルの臨床検体を適切な形で-80℃にて保存する。

国立感染症研究所への検体送付方法（参考 1）

検体を送付する際には、事前に国立感染症研究所情報センターに検体提出票にて連絡し、入手した検体 ID を検体にラベル貼付して送付する。

## （ 2 ）検査方法について

PCR 検査（参考 2）

ウイルス分離（参考 3）

## （ 3 ）検査結果の取扱いについて

国立感染症研究所への連絡

検査結果は陰性陽性にかかわらず、感染症情報センターに連絡し、陽性の場合には、確認検査の依頼を行う。

管轄の保健所および医療機関への連絡

あらかじめ地域で合意された方法に従って、医療機関および保健所に検査結果とその後の対応を連絡する。

# 4 国立感染症研究所における対応

## （ 1 ）検査方法について

PCR 検査

SARS-コロナウイルスに特異的なプライマーで RT-PCR を行う。現時点で、感染研で使用しているプライマー、PCR 条件については、参考 2 を参照。

ウイルス分離

地衛研から送付されたウイルス分離用検体について、VeroE6 細胞を用いて SARS-コロナウイルスの分離を行う。検体の処理法等については、参考 3 を参照。

抗体検査

中和試験、ELISA、間接蛍光抗体法などによって、急性期と回復期のペア血清で抗体価の上昇によって判定する。現在、地衛研への配布が可能な抗体検査用の抗原を開発中であるが、当面は、抗体検査は感染研で行

う。なお、血清の採取時期などについては、感染研情報センターHP に掲載する予定である

( 2 ) 検査結果の取扱いについて

地方衛生研究所への連絡

RT-PCR、ウイルス分離および抗体検査で陽性結果が確認された場合は、感染研情報センターから速やかに連絡する。

厚生労働省への連絡

RT-PCR、ウイルス分離および抗体検査で陽性結果が確認された場合は、感染研情報センターから速やかに連絡する。

**参考**

( 以下の参考文献については、国立感染症研究所感染症情報センターホームページで、随時、最新情報を提供中 )

<http://idsc.nih.go.jp/others/urgent/update.html>

**参考 1** SARS コロナウイルスに関する検査対応について  
( 国立感染症研究所 感染症情報センター )

**参考 2** RT-PCR 法による SARS コロナウイルス遺伝子の検出  
( 国立感染症研究所 ウイルス第三部第 1 室 )

**参考 3** SARS コロナウイルス検出のためのウイルス分離用検体の採取・  
処理法およびウイルス分離  
( 国立感染症研究所 ウイルス第三部第 1 室 )