

25 台台健予第 308 号  
平成 25 年 5 月 10 日

台東区内  
各医療機関御中

台東区台東保健所長  
矢内 真理子  
(公印省略)

中国における鳥インフルエンザ (H7N9) 患者の発生に伴う「感染が疑われる患者」  
を診察した場合の報告及びウィルス遺伝子検査等について

平素より台東区の公衆衛生行政についてご協力いただき、誠にありがとうございます。

先般、中国において鳥インフルエンザ (H7N9) に感染した患者が発生したことに伴い、厚生労働省から、当該感染症が疑われる患者を診察した場合における医療機関から保健所への報告が依頼されておりましたが、このたび、平成 25 年 5 月 6 日をもって鳥インフルエンザ (H7N9) が指定感染症に定められたことに合わせ、保健所への報告要件等が変更されました。

これに伴い、都におけるウィルス遺伝子検査 (PCR 検査) につきましては、今後、下記により実施することになりましたので、ご報告いたします。

また、東京都健康安全研究センター及び国立感染症研究所におけるウィルス遺伝子検査の結果、インフルエンザ A (H7N9) 陽性の結果となった場合には、確定例として感染症法に基づく発生届をご提出いただくこととなりますので、ご協力のほどよろしく願いいたします。

## 記

### 1. 症例報告及び遺伝子検査の流れ

- (1) 医療機関において鳥インフルエンザ (H7N9) 感染が疑われる患者を診察。
- (2) 医療機関から所在地を所管する保健所 (感染症担当部門) に報告。(症例報告)
- (3) 保健所において PCR 検査の実施要件に該当するかを確認。
- (4) 保健所と都 (感染症対策課) においての協議の上、PCR 検査の実施を決定。  
※PCR 検査を実施する案件については、都から厚生労働省に報告を行います。
- (5) 保健所から医療機関に PCR 検査の実施の有無について連絡。
- (6) 医療機関は「鳥インフルエンザ (H7N9) 要報告例連絡票 (検査対象患者発生届)」を作成し、保健所に提出。(症例報告時に提出済であれば重ねての提出は不要)
- (7) 保健所は医療機関と連絡をとり、当該患者の検体 (原則として咽頭拭い液) を確保。

検体は、保健所が東京都健康安全研究センターに搬入。(搬入時間は9時～16時)

(8) 東京都健康安全研究センターでPCR検査を実施。

(9) 検査結果は、保健所を通じ医療機関に伝達。

(12時までの搬入分→当日18時目途 16時までの搬入分→翌日10時目途で連絡)

(10) インフルエンザA(H7N9)陽性となった場合等は、国立感染症研究所で確認検査。

(11) 国立感染症研究所での確認検査の結果、陽性となった場合は確定例患者となります。

※感染症法も定める指定感染症の患者として、保健所に発生届を提出いただくこととなります。(届出様式等は「東京感染症情報センター」のホームページからダウンロードすることができます。)

※当該患者は指定感染症の患者として、感染症指定医療機関等への入院勧告等の行政措置の対象となります。

## 2. 保健所の報告要件

38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状があり、症状や所見、渡航歴、接触歴等から鳥インフルエンザ(H7N9)感染が疑われると判断した場合。

※別途「鳥インフルエンザ(H7N9)要報告例連絡票」をもとに患者の情報を整理していただくよう医療機関に依頼しています。

## 3. PCR検査の実施要件

以下の①から③のすべてに該当する若しくは④その他鳥インフルエンザ(H7N9)感染が特に疑われる理由がある場合に検査を行う(行政検査)。

① 発症前10日以内に中国に渡航又は居住していた者

② 38℃以上の発熱及び急性呼吸器症状を呈している者

③ 他の感染症又は他の病因が明らかではない

※ ④のケースについては、個別の事例について都感染症対策課にご相談ください。

## 4. その他

検査要件に該当しPCR検査の実施対象となった患者であるが、入院治療を要しない状態であるため帰宅させる場合には、検査結果が判明するまでの間、必ず連絡がとれるよう居所及び連絡先の確認についてご協力をお願いします。

また、不要不急な外出は控え、帰宅時はマスクの着用をし、人が込み合う場所はできるだけ避けることなどについて、患者の御協力をいただけるよう御配慮をお願いします。

### 【お問合せ先】

台東保健所 保健予防課 感染症対策担当

TEL 3847-9476/FAX 3841-4325

## 鳥インフルエンザ（H7N9）要報告例 連絡票 ver.3

（東京感染症アラート検査対象患者 発生届）（平成25年5月9日版）

受理年月日：平成 年 月 日

担当医師名

病院・診療所等施設名

上記施設の所在地・電話番号

## 1 患者の属性

氏名(イニシャル)		年齢	歳	性別	男・女
居住地(区市町村)		職業		国籍	
初診日	年 月 日	入院日	年 月 日	/ 外来のみ	

## 2 検査要件（あてはまる項目にチェック）以下①②③の全てに該当する者 又は④に該当する者

<input type="checkbox"/>	①発症前10日以内に中国に渡航又は居住していた者
<input type="checkbox"/>	②38℃以上の発熱と急性呼吸器症状を呈する者
<input type="checkbox"/>	③他の感染症又は他の病因が明らかでない
<input type="checkbox"/>	④その他鳥インフルエンザ H7N9感染が特に疑われる場合（患者・感染鳥類等との接触歴等）※

※ 個別に協議・検討

## 3 患者の渡航・接触歴・症状等

渡航歴 (推定感染地)	1 渡航歴
	・渡航先(国名: ) (都市名・地域名: ) ・渡航期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ・同行者の有無(有・無) [同行者 名、家族・同僚・その他 ]
接触歴	2 鳥・動物・患者との接触歴
	接触歴: あり・なし・不明 対象: 鳥( )・動物( )・患者 接触場所: [ 養鶏場、食鳥市場、その他( ) ] 接触時期: [ 年 月 日頃 ] 接触状況: [ 直接接触、近接( m程度) ] 対象の状況: 死亡(死骸)・病変あり・その他( )
症状等	発熱最高( °C) [発症時期: 年 月 日] 呼吸器症状: 咳、呼吸困難 その他( ) 胸部X-p所見: ( ) その他症状: ( ) 治療薬(抗菌剤など) ( ): 日間 ) インフルエンザ迅速診断キット( A型陽性・B型陽性・陰性 ) その他の検査( ) 集中治療(ICU入室)の有無(有・無) / 人工呼吸器装着の有無(有・無) 死亡日 年 月 日 ◎基礎疾患( )

## 4 保健所記載欄（①②は検査実施の場合に記載）

保健所名	担当者( )
連絡先	
① K-net 番号	
② 健康安全研究センター への検体搬入予定時間	
月	日 時 分頃