

第4回栃木県新型コロナウイルス 感染症対策本部会議

日時 令和2（2020）年2月22日（土）21：00～

場所 県庁舎本館8階 危機管理センター本部室

次 第

1 開 会

2 議 題

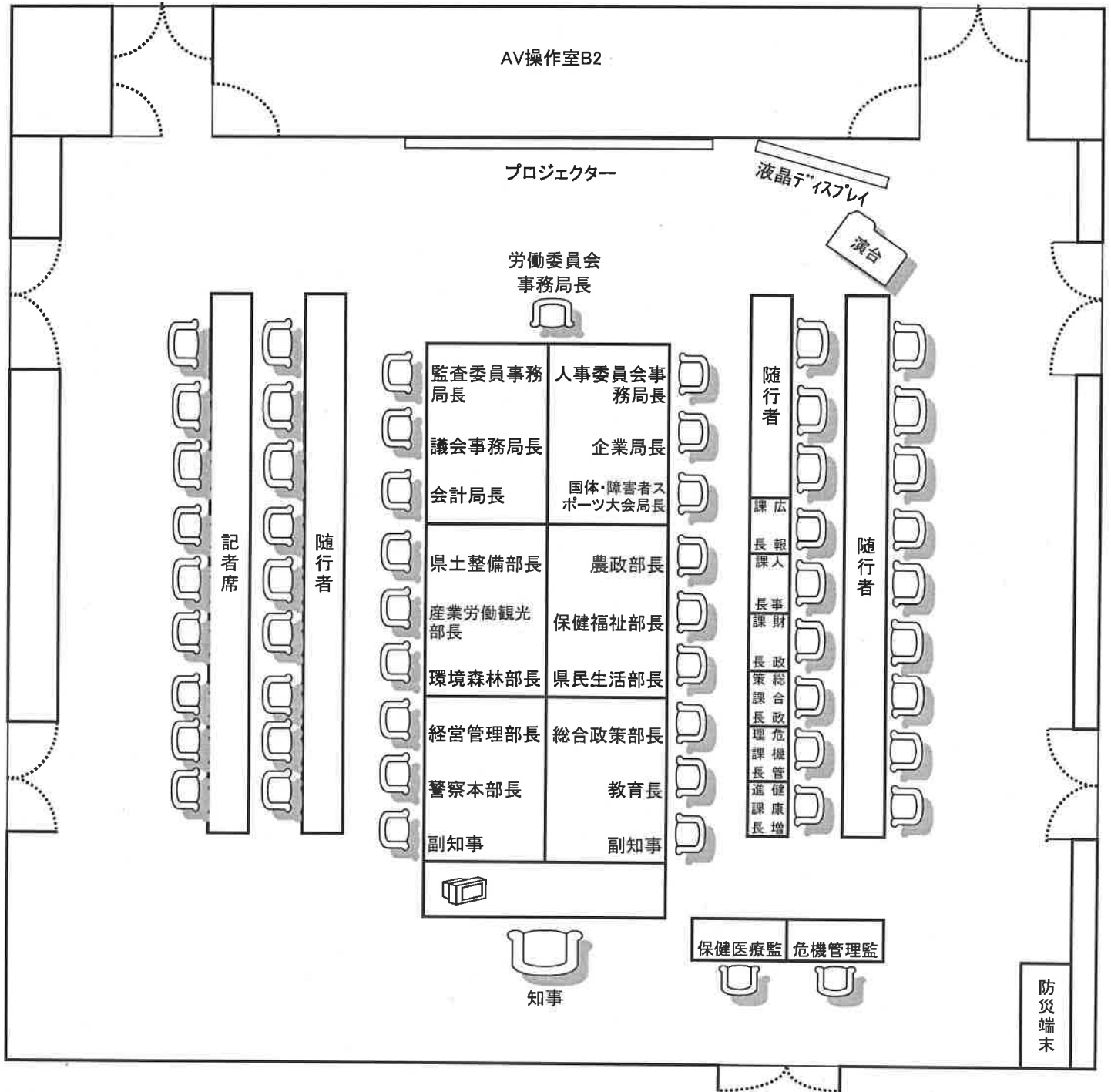
- (1) 新型コロナウイルス感染症患者の発生及び対応について
- (2) その他

3 閉 会

栃木県新型コロナウイルス感染症対策本部名簿

本部長	栃木県知事	福田 富一
副本部長	副知事	北村 一郎
	副知事	岡本 誠司
本部員	教育長	荒川 政利
	警察本部長	原田 義久
	総合政策部長	阿久澤 真理
	経営管理部長	茂呂 和巳
	県民生活部長	石崎 金市
	環境森林部長	鈴木 峰雄
	保健福祉部長	森澤 隆
	産業労働観光部長	小竹 欣男
	農政部長	鈴木 正人
	県土整備部長	熊倉 一臣
	国体・障害者スポーツ大会局長	石松 英昭
	会計局長	沼尾 正史
	企業局長	矢野 哲也
	県議会事務局長	篠崎 和男
	人事委員会事務局長	入野 祐子
	監査委員事務局長	篠崎 直樹
	労働委員会事務局長	松崎 禎彦
	危機管理監	松村 誠
保健医療監	海老名 英治	

本部会議座席表(危機管理センター本部室)



新型コロナウイルス感染症患者の本県の発生状況について（1例目）

令和2年2月22日

本県において、本日（2月22日）19時頃に、県保健環境センターの検査により、新型コロナウイルスに感染した患者が確認されました。

新型コロナウイルス感染症の患者の発生が確認されたのは、県内では1例目です。

本件について、濃厚接触者の把握を含めた積極的疫学調査を行っております。

【患者の概要】

- 1 年代：60代
- 2 性別：女性
- 3 居住地：栃木県（県南健康福祉センター管内）
- 4 症状、経過
 - 2月19日 クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス」を下船後、自宅に帰宅。
 - 2月21日 38.7度の発熱。
 - 2月22日 県南健康福祉センターに相談の上、県内の医療機関を受診。肺炎像あり。PCR検査の結果、陽性であることが判明。
- 5 行動歴
 - ・クルーズ船の下船後は、移動中も含めてマスクを着用していたとのこと。
 - ・濃厚接触者については、現在調査中。

◆県民の皆様へ

- 県民の皆様におかれては、風邪や季節性インフルエンザ対策と同様にお一人お一人の手洗いや咳エチケットなどの実施がとても重要です。感染症対策に努めていただくようお願いいたします。
- 次の症状がある方は、県広域健康福祉センター又は宇都宮市保健所の相談窓口（帰国者・接触者相談センター）に御相談ください。

- ・風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続いている。
（解熱剤を飲み続けなければならないときを含みます）
- ・強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある。
- ※ 高齢者や基礎疾患等のある方は、上の状態が2日程度続く場合

御相談の結果、新型コロナウイルス感染の疑いのある場合には、専門の「帰国者・接触者外来」を御紹介しています。マスクを着用し、公共交通機関の利用を避けて受診してください。

なお、現時点では、新型コロナウイルス感染症以外の病気の方が圧倒的に多い状況であり、インフルエンザ等の心配があるときには、通常と同様に、かかりつけ医等に御相談ください。

- 感染症情報の詳しい内容は、栃木県庁ホームページに情報を掲載していますので、御確認ください。

◆報道関係の皆様へ

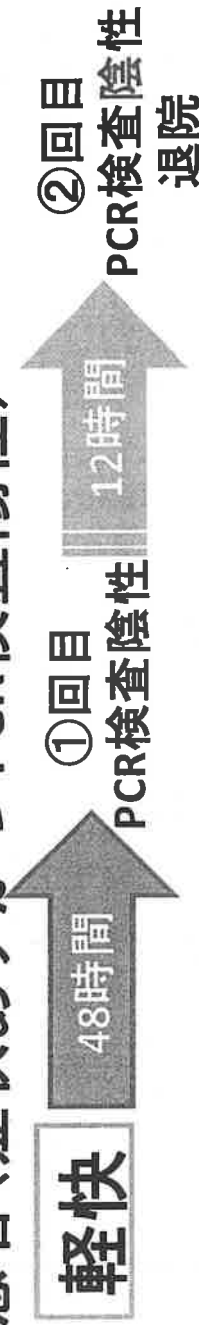
本情報提供は、感染症予防啓発のために行っているものです。

報道機関各位におかれましては、患者等の個人に係る情報について、プライバシー保護等の観点から、提供資料の範囲内での報道に格段の御配慮をお願いします。

新型コロナウイルス感染症における退院等基準

軽快：24時間発熱(37.5℃以上)なし かつ
呼吸器症状が改善傾向であること

● 患者(症状あり)かつPCR検査陽性)



※ ①回目または②回目のPCR検査で陽性が確認された場合は、改めて、前回検体採取後48時間後に①回目のPCR検査を実施

● 無症状病原体保有者(症状なし)かつPCR検査陽性)



□ 陰転化が確認されるまで、48時間毎にPCR検査を実施する。陰転化が確認されたら、前回検体採取後12時間以後に再度採取を行い、2回連続で陰性が確認されたら退院可とする。

□ 無症状病原体保有者は、有症状となれば患者のフローへ移行する。

新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領(暫定版)

国立感染症研究所 感染症疫学センター

令和2年2月6日版

本稿は、国内で探知された新型コロナウイルス感染症の患者(確定例)等に対して、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第15条による積極的疫学調査を保健所が迅速に実施するため、作成されたものである。

(調査対象)

用語の定義

- 「患者(確定例)」とは、「臨床的特徴等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、検査により新型コロナウイルス感染症と診断された者」を指す。
- 「疑似症患者」とは、「臨床的特徴等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、新型コロナウイルス感染症の疑似症と診断された者」を指す。
- 「濃厚接触者」とは、「患者(確定例)」が発病した日以降に接触した者のうち、次の範囲に該当する者である。
 - ・ 新型コロナウイルス感染症が疑われる者と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機内等を含む)があった者
 - ・ 適切な感染防護無しに新型コロナウイルス感染症が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していた者
 - ・ 新型コロナウイルス感染症が疑われる者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
 - ・ その他: 手で触れること又は対面で会話することが可能な距離(目安として2メートル)で、必要な感染予防策なしで、「患者(確定例)」と接触があった者(患者の症状やマスクの使用状況などから患者の感染性を総合的に判断する)。

○積極的疫学調査の対象となるのは、上に定義する「患者(確定例)」および「濃厚接触者」である。「疑似症患者」が確定例となる蓋然性が高い場合には、確定例と想定して積極的疫学調査の対象としてもよい。「無症状病原体保有者(臨床的特徴を呈していないが、検査により新型コロナウイルス感染症と診断された者)」については、検体採取の時期や疫学的な情報に基づき、今後の発症の蓋然性を評価し、積極的疫学調査の実施について個別に判断する。

(調査内容)

○「患者(確定例)」について、基本情報・臨床情報・推定感染源・接触者等必要な情報を収集する。(調査票添付1、2-1、2-2、2-3)

○「濃厚接触者」に対し、最終曝露から 14 日間、健康状態に注意を払い、発熱や呼吸器症状が現れた場合、医療機関受診前に、保健所へ連絡するようにお願いします。(調査票添付 3)

○「濃厚接触者」については、発熱や呼吸器症状が現れた場合、検査対象者として扱う。濃厚接触者が新型コロナウイルス感染症の重症化リスクが高いと想定される場合においても、無症状の場合は検査を実施せず、感染伝播のリスクを低減させる対策をとりつつ健康観察を行う。重症化リスクが高いと想定される「濃厚接触者」の体調の変化には十分注意を払う。

(調査時の感染予防策)

○積極的疫学調査の対応人員が調査対象者に対面調査を行う際は、サージカルマスクの着用と適切な手洗いをを行うことが必要と考えられる。

○咳などの症状がある調査対象者に対面調査を行う際は、患者にサージカルマスクを着用させ、対応人員はサージカルマスクの着用と適切な手洗いに加え、眼の防護具(ゴーグルまたはフェイスシールド)を装着する。

(濃厚接触者への対応)

○「濃厚接触者」については、保健所が咳エチケットと手洗いを徹底するように指導し、常に健康状態に注意を払うように伝える。

○「濃厚接触者」と同居している者には、サージカルマスクの着用および手指衛生を遵守するように伝える。

○「濃厚接触者」に対する廃棄物処理、リネン類、衣類等の洗濯は通常通りに行うよう伝える。

○「濃厚接触者」の家族や周囲の者(同僚等)に対して、外出制限は不要である。

○医療機関からの検体搬送については、「2019-nCoV(新型コロナウイルス)感染を疑う患者の検体採取・搬送マニュアル」を参照する。

新型コロナウイルス感染症(疑似症患者を含む) 基本情報・臨床情報調査票

基本情報※

ID _____

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名() 本人との関係() 調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -	
3	診断分類： 新型コロナウイルス感染症(患者(確定例)・無症状病原体保有者・疑似症患者)	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日

※3~17は発生届出票等より転記(4はNESIDへの登録後に記入)

18	患者氏名：	19	性別： 男・女	20	生年月日： 年 月 日(歳 ヶ月)
21	国籍：	22	患者住所：		
23	患者電話番号：自宅 - - 携帯 - - 患者Email： @				
24	調査時点の患者の主たる所在： <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 連絡先住所： 電話番号： - -				
25	職業・業種・学校(幼稚園・保育園等を含む)等： 最終勤務・出席(勤)日(年 月 日)(児童・生徒の場合、所属クラス・クラブ等詳細に記入すること) 勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地： 勤務先/学校電話番号： - -				
26	本人以外(保護者等)の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 電話番号 自宅： - - 携帯： - -				
	妊娠	無・有	(妊娠 週)		
	喫煙	無・有	(歳から 本/日)		
	糖尿病	無・有			
	呼吸器疾患(喘息・COPD・その他)	無・有	(具体的に)		
	腎疾患	無・有	(ありの場合、透析 あり・なし)		
	肝疾患	無・有	(具体的に)		
	心疾患	無・有	(具体的に)		
	神経筋疾患	無・有	(具体的に)		
	血液疾患(貧血等)	無・有	(具体的に)		
	免疫不全(HIV、免疫抑制剤使用含む)	無・有	(具体的に)		
	悪性腫瘍(がん)	無・有	(具体的に)		
	その他(

臨床経過等

ID

症状		※必要に応じ、症状の有無、体温、時刻等の情報も記入						
症状など		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
最高体温 (°C)								
呼吸器 症状	咳嗽	無・有						
	呼吸困難	無・有						
	鼻汁・鼻閉	無・有						
	咽頭痛	無・有						
その他	嘔気・嘔吐	無・有						
	結膜充血	無・有						
	頭痛	無・有						
	全身倦怠感	無・有						
	関節筋肉痛	無・有						
	下痢	無・有						
	意識障害	無・有						
	けいれん	無・有						
その他 ()	無・有							
症状など		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
最高体温 (°C)								
呼吸器 症状	咳嗽	無・有						
	呼吸困難	無・有						
	鼻汁・鼻閉	無・有						
	咽頭痛	無・有						
その他	嘔気・嘔吐	無・有						
	結膜充血	無・有						
	頭痛	無・有						
	全身倦怠感	無・有						
	関節筋肉痛	無・有						
	下痢	無・有						
	意識障害	無・有						
	けいれん	無・有						
その他 ()	無・有							
29	発病年月日時間 (聞き取り調査による) 年 月 日 午前・午後 時 分頃							
30	探知の契機： ・新型コロナウイルス感染症届出症例 (類型:患者(確定例)、無症状病原体保有者、疑似症例、その他) ・検疫からの報告 ・他自治体からの連絡(確定例との濃厚接触者等)							
31	診断前の臨床経過・治療内容・その他特記事項等：							

32	入院：□無 □有（有の場合 入院期間 月 日～ 月 日） 入院医療機関名： 診療科名： 主治医名： 疑似症定点医療機関 該当 ・ 非該当 入院医療機関所在地： 連絡先：																
33	胸部X線 無 ・ 有（所見 _____）																
34	胸部CT 無 ・ 有（所見 _____）																
35	人工呼吸器使用の有無 無 ・ 有																
36	患者受診後の医療行為：																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>月日</th> <th>医療機関名</th> <th>医療行為</th> <th>備考(検査・医療行為等の結果、等)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	月日	医療機関名	医療行為	備考(検査・医療行為等の結果、等)	/				/				/			
	月日	医療機関名	医療行為	備考(検査・医療行為等の結果、等)													
	/																
/																	
/																	
37	転帰 退院（退院日 _____ 年 月 日） 死亡（死亡日 _____ 年 月 日） その他の経過																
38																	

検査結果

39	新型コロナウイルスの検査					
	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設	
			陰性・陽性・その他（ _____ ）			
			陰性・陽性・その他（ _____ ）			
			陰性・陽性・その他（ _____ ）			
			陰性・陽性・その他（ _____ ）			
40	新型コロナウイルス以外の検査					
	病原体	検体材料	検体採取日	結果	検査方法	検査施設
	●培養検査 無 ・ 有 ・ 不明					
	ありの場合			陰性・陽性（菌名： _____ ）		
				陰性・陽性（菌名： _____ ）		
				陰性・陽性（菌名： _____ ）		
				陰性・陽性（菌名： _____ ）		
	●抗原検査 無 ・ 有 ・ 不明					
	インフルエンザウイルス			陰性・陽性		
	RSウイルス			陰性・陽性		
	アデノウイルス			陰性・陽性		
	肺炎球菌			陰性・陽性		
	レジオネラ			陰性・陽性		
	●その他検査法					
病原体名（ _____ ）			陰性・陽性・その他（ _____ ）			
病原体名（ _____ ）			陰性・陽性・その他（ _____ ）			

病原体名()			陰性・陽性・その他 ()		
自由記載欄					

新型コロナウイルス感染症患者 行動調査票(感染源・接触者調査用)

患者氏名: _____ 調査者氏名: _____ 患者ID: _____

感染源に係る行動調査

1	発症前14日間の流行地域 ^{注)} への渡航歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は下記括弧内 (渡航期間、渡航場所(できるだけ詳しく)、フライト情報等)
2	発症前14日間の医療機関受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は詳細を項目7に記入
3	発症前14日間の確定例との濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は詳細を項目7に記入
4	発症前14日間の疑似症患者との濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は詳細を項目7に記入
5	発症前14日間の発熱や急性呼吸器症状のある人との接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は詳細を項目7に記入
6	発症前14日間の動物との接触歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は詳細を項目7に記入
7	項目2~6で「あり」の場合、発症前2週間の行動 (立ち寄った場所やそこでの接触者や接触動物などを具体的に)
8	発症前1カ月間の家族を含む濃厚接触者の流行地域への渡航歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳「あり」の場合は下記にも記入 (渡航期間、渡航場所(できるだけ詳しく)、フライト情報等)

注) 流行地域: WHOの公表内容から新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域

接触者に係る行動調査

9	発症から入院までの自宅内での濃厚接触者※ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳ ありの場合は詳細を行動調査票(添付2-2)に記入、接触者を接触者リスト(添付2-3)に記
10	発症から入院までの学校・職場での濃厚接触者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳ ありの場合は詳細を行動調査票(添付2-2)に記入、接触者を接触者リスト(添付2-3)に記
11	発症から入院までのその他の活動での濃厚接触者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳ ありの場合は詳細を行動調査票(添付2-2)に記入、接触者を接触者リスト(添付2-3)に記

※濃厚接触の定義は、積極的疫学調査実施要領を参照

自由記載欄

自由記載欄 (つづき)

新型コロナウイルス感染症患者行動調査票

(添付2-2)

NESID登録ID :

患者氏名 :

☆原則として、診断されて症例として対応される直前までの行動について記載する。また、患者と同室であったり会話した者のうち、連絡や問い合わせが可能である者を優先的に記述する。

発症日より	日付	時刻	同居者以外の者との接触状況	接触場所	接触者氏名※	接触者の連絡先	備考
記載例	6/Y	9時～12時 13時30分～ 15時頃	①職場に出勤し、所属する営業2課の同僚と接触 ②取引先に移動し、対応した社員や商談した社員等と接触	①〇〇物産株式会社 TEL : 000-000-0000 ②〇×貿易株式会社 TEL : 999-999-9999	①〇〇太郎、 □□花子、△ △次郎 ②〇×部長、 △□主任	①は全て〇〇物産株式会社 ②は全て〇×貿易株式会社	
発症1日前	/						
発症日	/						
発症1日後	/						
発症2日後	/						
発症3日後	/						
発症4日後	/						
発症5日後	/						
発症6日後	/						
発症7日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						
発症()日後	/						

※接触者数が多数となる場合は、裏面の自由記載欄も活用して記載すること。判明した接触者については、接触者調査票を用いて調査を開始する。

新型コロナウイルス感染症患者の接触者リスト

(添付2-3)

患者氏名: _____

調査者氏名: _____

患者ID: _____

接触者リスト (別途健康観察票 添付3により健康観察を行う)

接触者 番号	よみがな 氏名	続柄 (関係)	年齢	性別	患者との 最終接触日	基礎 疾患※1	観察期間内 の発症※2	連絡先 (電話番号、 メールアドレス等)	備考 (接触状況等)
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		
					年 月 日	無/有	無/有		

※1: 疾患は患者臨床症状調査票 (添付1) の基礎疾患参照 (「有」の際は備考欄に詳細記入)、※2: 観察期間は患者との最終接触日から14日後までとし、「有」の際は患者として患者臨床症状調査票 (添付1) により調査を行う。

(添付3)

新型コロナウイルス感染症患者の接触者における健康観察票(1枚目)

これは、管轄保健所が主体となつて行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目まで終了してください。

接触者番号	観察対象者氏名		住所		TEL:		Email:			
	患者との最終接触日時	年	月	日	時	分	患者との関係			
観察開始日	開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	開始後8日目	開始後9日目	開始後10日目
日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
呼吸器症状	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他										
朝・夕の確認 (確認手段(電話・ 面接等)を記載)	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()
備考										
確認者										

保健所名: _____ TEL: _____ FAX: _____

担当者: _____ 所在地: _____

_____ Email _____ @ _____

(添付3)

新型コロナウイルス感染症患者の接触者における健康観察票(2枚目)

これは、管轄保健所が主体となつて行う調査票です。観察対象者に対しては注意深く健康チェックを実施してもらい、もし気になる症状が現れたときには、必ず速やかに保健所へ連絡するよう伝えて下さい。健康観察は、患者との最終接触日から14日目で終了してください。

接触者番号：	観察対象者氏名：		住所：		TEL：		Email：			
	姓	名	〒	住所	TEL	姓	名	Email		
患者氏名：	患者との最終接触日時： 年 月 日 時 頃 患者との関係：									
観察開始日	開始後1日目	開始後2日目	開始後3日目	開始後4日目	開始後5日目	開始後6日目	開始後7日目	開始後8日目	開始後9日目	開始後10日目
日付	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
最高体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
呼吸器症状	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咳嗽	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
呼吸困難	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
鼻汁・鼻閉	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
咽頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
結膜充血	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
頭痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
全身倦怠感	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
関節筋肉痛	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
下痢	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
意識障害	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
けいれん	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
その他										
朝・夕の確認 (確認手段(電話・ 面接等)を記載)	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()	朝:□() 夕:□()
備考										
確認者										

保健所名: _____ 担当者: _____ 所在地: _____ TEL: _____ FAX: _____
 @ _____

県民へのメッセージ（知事コメント）

- 県民の皆様におかれては、風邪や季節性インフルエンザ対策と同様にお一人お一人の咳エチケットや手洗いなどの実施がとても重要です。感染症対策に努めていただくようお願いいたします。
- また、県広域健康福祉センター及び宇都宮市保健所では相談窓口（帰国者・接触者相談センター）を設置しておりますので、風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続いている方、若しくは、強いだるさや息苦しさがある方は御相談ください。

なお、感染すると重症化しやすい高齢者や基礎疾患等のある方は、この状態が2日程度続く場合に御相談ください。
- センターに御相談の結果、新型コロナウイルス感染の疑いのある場合には、専門の「帰国者・接触者外来」を御紹介しています。マスクを着用し、公共交通機関の利用を避けて受診してください。

なお、現時点では新型コロナウイルス感染症以外の病気の方が圧倒的に多い状況であり、インフルエンザ等の心配があるときには、通常と同様に、かかりつけ医等に御相談ください。
- 感染症情報の詳しい内容は、栃木県庁ホームページに情報を集約していますので、御確認ください。