

申請書

令和 年 月 日

荒川区保健所長

新型コロナウイルス感染症に罹患し、下記のとおり自宅療養を行ったため、証明書の交付をお願いいたします。

記

1 ふりがな
氏名

2 住所 荒川区

3 生年月日 年 月 日

4 患者番号 HER-SYS ID

※ 分かる場合に御記入ください。

5 発症日（無症状の方は検体採取日） 令和 年 月 日

6 療養期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

※保健所が証明できる療養期間の始期は、新型コロナウイルス感染症と診断された日からになります。詳しくは別紙を御確認ください。

7 診断された医療機関・診断医 施設名称 医師名

8 健康観察を受けましたか はい ・ いいえ

「はい」の場合

健康観察実施者

- ①保健所 ②自宅療養者フォローアップセンター
③医療機関 (医療機関名：)
④それ以外

9 療養期間中の経過

別紙「療養期間中の経過について」を記載し、申請書と合わせてご提出ください。

療養期間中の申請について		氏名	HERSYS-ID				
発症日から	日付	症状 症状がある場合は発熱、咳等、具体的に記入してください。ない場合は×を御記入ください	療養場所				備考
			自宅	宿泊施設	病院	その他	
診断日	/						
発症日 (検体採取日)	/						
1日後	/						
2日後	/						
3日後	/						
4日後	/						
5日後	/						
6日後	/						
7日後	/						
8日後	/						
9日後	/						
10日後	/						
～終了日							
療養期間が10日を超えた場合の理由							

上記の記載内容について、相違ありません。

※療養期間の考え方

- 1 症状のある人 発症日から原則10日間、かつ症状軽快後72時間が経過した日が療養期間となります。
- 2 症状のない人 検体採取日から原則7日間、療養中に症状が出た場合には、その日を起点とし「1 症状のある人」の療養期間となります。