

# 療養期間延長の理由書

別紙

※自宅療養期間が診断日から11日以上の場合は提出が必要です。

※療養期間は、当該感染症の感染性を有すると考えられる期間であって、症状を有した期間とは必ずしも一致しません。

療養期間中の経過				氏名	HERSYS-ID				
発症日から	日付	診断日に○	体温	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	
発症日 (検体採取日)	/		°C						
1日後	/		°C						
2日後	/		°C						
3日後	/		°C						
4日後	/		°C						
5日後	/		°C						
6日後	/		°C						
7日後	/		°C						
8日後	/		°C						
9日後	/		°C						
10日後	/		°C						
11日後	/		°C						
12日後	/		°C						
13日後	/		°C						
14日後	/		°C						
15日後	/		°C						
～終了日	/		°C						
療養期間が10日を超えた場合の理由		(記入例：発熱が続き、医師から自宅療養継続を指示された、無症状であったが途中で症状が出現した等)							

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「症状のある人」の療養期間となります。