

# 療養状況申立書 <新型コロナウイルス感染症用>

※自治体・保健所等が発行する「宿泊・自宅療養証明書」、医療機関等が発行する「PCR検査の結果通知」等公的な書類がある場合、コピーを併せて添付してください。

被保険者証 記号・番号	—	氏名	<フリガナ>
		生年月日	昭和・平成 年 月 日

症状発生日	令和 年 月 日
-------	----------

以下の欄を具体的に記入し、該当箇所に○してください

①

PCR検査を受けましたか？	受けた ・ 受けてない		
検査を受けた日	令和 年 月 日	検査結果	陽性 ・ 陰性
検査を受けるに至った経緯	濃厚接触者 ・ 自覚症状あり ・ その他 ( )		

②

保健所等の療養指示	あり ・ なし
<ありの場合>具体的な指示内容：	

③ 経過 事業所に出勤・就労しなかったすべての日について、以下の欄へ自覚症状や療養状況を詳細に記載してください。

日付	主な自覚症状（該当項目に○をつけてください）
記入例	体温（38.0℃） <b>・発熱</b> ・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐 <b>・倦怠感</b> ・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況> ・起床後に熱っぽさを感じ検温したところ38.0℃あったため会社に連絡してその旨を伝えた。 ・自宅に安静していたが、夜になっても高熱が続きひどい倦怠感があった。
令和 年 月 日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況>
月 日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況>
月 日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況>
月 日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況>
月 日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況>
月 日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（ ） <具体的な療養状況>

③ 経過

事業所に出勤・就労しなかったすべての日について、以下の欄へ自覚症状や療養状況を詳細に記載してください。

日付		主な自覚症状（該当項目に○をつけてください）
令和	年	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>
月	日	体温（      ℃）・発熱・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・無症状・その他（      ） <具体的な療養状況>