療養期間延長の理由書（発症日（検体採取日）から療養終了日の期間が8日以上の場合提出が必要です）

氏　　名：

生年月日：

療養中の経過

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発症日  (検体採取日)  から | 日付 | 診断日に〇 | 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×を記入してください | 療養場所(該当するものに〇) | | | | 備考 |
| 自宅 | 宿泊  施設 | 病院 | その他 |
| 当日 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 11日後 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 12日後 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 13日後 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 14日後 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 15日後 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| ～終了日 |  |  | ℃ |  |  |  |  |  |  |
| 療養期間が7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等） | | | | | | | |

上記の記載内容について相違ありません

※　療養期間は、症状のある方の場合、発症日から原則7日間、かつ症状軽快後24時間が経過した日が療養期間となります。

　　症状のない方の場合、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、その日を起点として「症状のある方」の療養期間となります。