

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○	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○）				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。