

別紙「療養期間中の経過について」 ※療養期間が11日以上の場合のみ提出

氏名					
発症日から	日付	体温	解熱剤使用の有無 (あり○、なし×)	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。	備考
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	/				
11日後	/				
12日後	/				
13日後	/				
14日後	/				
終了日	/				
療養期間が10日を超えた理由		(記入例:「自宅療養していたが、症状が悪化し、宿泊療養継続を指示された」「発熱が続き、保健所から自宅療養継続を指示された」等)  ※保健所に連絡なく、自己判断により延長した療養期間については証明できません。			

6日後までの症状等は  
記入不要

上記記載内容について、相違ありません。