

宿泊・自宅療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

本証明書は、医師、病院・診療所・自治体・保健所等の担当者のいずれかの方がご証明ください。

1. 宿泊療養・自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
2. 傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症					
3. 治療経過	PCR検査陽性	判明日	年	月 日		
	PCR抗原検査陽性	判明日	年	月 日		
	PCR抗体検査陽性	判明日	年	月 日		
	【補足事項がある場合にはご記入ください】					
4. 宿泊療養（※）をした期間	期間	年	月 日	～	年	月 日
5. 宿泊施設の名称	施設名					
6. 自宅療養（※）をした期間	期間	年	月 日	～	年	月 日
上記のとおり証明します。 <div style="float: right; text-align: right;">年 月 日</div> 所在地 : 電話番号 : 医療機関名または証明する機関名 : 医師・担当者（該当するものに○囲み）担当者の場合：役職名 : 証明者氏名 :						

（※）宿泊療養および自宅療養とは、以下の①および②に該当する場合をいいます。

- ①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。
- ②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情により宿泊療養または自宅療養していること。