申　　立　　書

令和　　年　　月　　日

請求人氏名

１　新型コロナウイルス感染症に関する治療の経過などをお答えください

（１）症状の出現日、その後どのような症状が、いつ、どの位続いたのか、PCR検査を受けるに至った経過についてお答えください

（２）ＰＣＲ検査の実施結果

第１回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

第２回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

第３回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

第４回検査日（令和　　年　　月　　日）　　陽性　・　陰性

（３）医療機関に受診した経過をお答えください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 受診期間 | 病名 |
| （初診） | 年　月　日～　　　年　月　日 |  |
|  | 年　月　日～　　　年　月　日 |  |

２　発症前１４日間において、新型コロナウイルス感染者に接触した可能性がある業務の内容についてお答えください（いつ、どこで、誰に、どのように接触したのか）

３　家族が感染した場合、続柄、同居・別居の状況、家族の発症時期（あなたと家族の症状出現時期の先後）、ＰＣＲ検査日、発症前１４日間の感染した家族との接触の状況についてお答えください