

陽性者登録希望申請用紙

送信日時: 2022年 月 日 時 分

(以下に記入の上、FAXで送信してください)

FAX送信先: 神奈川県医療危機対策本部室 陽性者登録窓口担当

FAX番号: 045-345-1674

1. 下記内容を理解し、個人情報の取扱事項に同意の上、回答する	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
---------------------------------	--

取得した個人情報は、感染症法に基づき管理され、法令の要請に基づくものを除き、目的外の利用及び第三者への提供は行いません。

ただし、取得した個人情報のうち、氏名、住所、連絡先、療養期間については市町村へ提供する場合があります。本フォームでの申請対象については、療養証明書は発行されませんので、あらかじめご承知おきください。

2. 陽性者登録窓口申請の対象の確認です。すべての項目にチェックがないと登録できません。

項目	チェック <input checked="" type="checkbox"/>	備考
64歳以下である		65歳以上は発生届対象者
入院予定ではない		入院予定者は発生届対象者
医師から、重症化リスクがあると判断されていない 新型コロナ治療薬を処方されていない		治療薬は次のとおり ・ロナプリーブ ・ステロイド薬 ・ゼビュディ ・トシリズマブ ・パキロビッド ・バリシチニブ ・ラゲブリオ ・ベクルリー
妊娠していない		妊娠は発生届対象者

3. 以下、必要事項を記載してください。

	姓	名
陽性者の姓・名(カナ)		
陽性者の姓・名(漢字)		
性別	男	女
年齢	歳	
生年月日	年	月 日
FAX番号		
住所	郵便番号	〒

	郵便番号	〒
(県外の方のみ) 滞在場所		
宿泊希望の有無	有	無
配食希望の有無	有	無
医療機関での検査方法	抗原検査キット	PCR検査
発症日/検査日	発症日	検査日
	月 日	月 日
医療機関名		
医療機関連絡先		
医師名		
症状		
本人確認書類 (コピーを添付してください)	添付した資料のチェックをしてください	
	<input type="checkbox"/> ご本人の名前、住所、生年月日が分かるもの(免許証や保険証など)	
	(マイナンバーカードの裏面(カード番号記載面)は添付しないでください)	
	<input type="checkbox"/> 県外の方は、住所がわかるものに加え、現在の滞在場所が分かるもの(ホテルのレシート等)を合わせて添付してください。	
	<input type="checkbox"/> その他()	
陽性確認書類 (コピーを添付してください)	添付した資料のチェックをしてください	
	<input type="checkbox"/> PCR/抗原検査結果の画像	
	<input type="checkbox"/> コロナ治療薬が記載された処方箋、服用説明書の画像	
	<input type="checkbox"/> 診療明細書の画像 ※コロナに関する診療であることがわかるもの	
	<input type="checkbox"/> 診療費請求書兼領収書の画像 ※コロナに関する診療であることがわかるもの	
	<input type="checkbox"/> その他()	

* 審査結果は、申請した翌日を目途に、記載されたFAXへ送信します。