

# 入院治療状況証明書

## ご記入にあたってのお願い

この証明書は、新型コロナウイルス感染症の影響等による医療機関の事情により、以下のいずれかに該当した場合に、本来入院を必要としたものの、医療機関以外で療養を受けられた患者さまの療養状況について、ご記入をお願いいたします。

なお、この証明書の記載内容について、当社からお電話等で照会させていただくことがございます。

- ① **新型コロナウイルス感染症**で都道府県が用意した宿泊施設等において療養した場合や自宅療養した場合、または当初の予定より早い退院を余儀なくされた場合。
- ② **新型コロナウイルス感染症以外のご病気やけがにより**、入院による治療が必要であったにもかかわらず入院できなかった場合、または当初の予定より早い退院を余儀なくされた場合。

### ＜ご記入いただく方に関する注意点＞

- ▶ 上記①の場合  
担当医さま、医師以外の病院関係者さま、または自治体もしくは保健所等のご担当者さまがご記入ください。
- ▶ 上記②の場合  
担当医さま、または医師以外の病院関係者さまがご記入ください。  
※自治体もしくは保健所等のご担当者さまにご記入いただくことはできません。

患者さまの氏名 (療養を受けられた方)	フリガナ	生 年 月 日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 令和	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 平成	年 月 日
傷病名等	傷病名が「新型コロナウイルス感染症」の場合は、次の項目もご記入ください。 【PCR 検査等 陽性判明日】 令和 年 月 日				
本来入院を必要としたが医療機関以外で療養を指示した期間	自宅	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
	その他の施設	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
	※ その他の施設の場合は「療養場所」に名称や所在地もご記入ください。				
療養場所	↓ 【施設の名称】  【所在地、電話番号】 〒	(TEL - - )			

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地 〒

名 称

電話番号

氏 名

〔 役職等 ※ 〕

※ 医師以外の方が記入された場合は、役職や肩書き等を簡記願います。

印

### 《宿泊施設等における療養及び自宅療養とは、以下に該当する場合をいいます》

- 2020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。
- 医療機関の事情により、入院が必要であるにもかかわらず、宿泊療養または自宅療養していること。

(2020.7.1)