

世帯主氏名

基準1 新型コロナウイルス感染症により重篤な傷病を負った方	
1	<p>感染が確認された方はどなたですか？</p> <p>氏名： _____ (国保上の世帯主との続柄： _____)</p> <p>生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
2	<p>いつ頃感染が確認されましたか？</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
3	<p>PCR検査で陽性と判定されましたか？</p> <p>はい ・ いいえ</p>
4	<p>検査結果や診断書など、感染したことが分かる書類等をお持ちですか？</p> <p>はい ・ いいえ</p>
5	<p>どのような傷病ですか？（該当するものにチェックを入れ、期間を記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡した（死亡日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅療養（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間）</p> <p><input type="checkbox"/> 宿泊施設での療養（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院による治療（ _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間）</p>