（様式）

　　　　　　　　　　　保健所　あて

下記の入院患者について退院基準を満たしたことを確認しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 性別 | 市町村 | 解除理由 | | 退院日 |
|  |  |  | ①期間経過 | 症状軽快日 |  |
| ②陰性確認検査 | 検体採取日　１回目  　　　　　　　　２回目 |
|  |  |  | ①期間経過 | 症状軽快日 |  |
| ②陰性確認検査 | 検体採取日　１回目  　　　　　　　　２回目 |
|  |  |  | ①期間経過 | 症状軽快日 |  |
| ②陰性確認検査 | 検体採取日　１回目  　　　　　　　　２回目 |
|  |  |  | ①期間経過 | 症状軽快日 |  |
| ②陰性確認検査 | 検体採取日　１回目  　　　　　　　　２回目 |
|  |  |  | ①期間経過 | 症状軽快日 |  |
| ②陰性確認検査 | 検体採取日　１回目  　　　　　　　　２回目 |

※解除理由は①又は②のいずれかを選び、確認日を記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記載者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記 載 日　　　年　　　月　　　日