

提出先：中原区役所地域みまもり支援センター

(福祉事務所・保健所支所) 衛生課

FAX番号：(044) 744-3342

## 【HER-SYS】発生届入力連絡票

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※提出日及びその翌日に連絡がつく番号をご記入ください。

入力日	年 月 日
診断日	年 月 日
(フリガナ)	
患者氏名	
HER-SYSID (7桁の数字)	
診断分類 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 患者 (確定例) <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input type="checkbox"/> 疑似症患者

※連絡事項