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（担当者名）	
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	令和4年　　月　　日	診断日	令和4年　　月　　日

中等症以上	患者氏名（フリガナ）	HER-SYSID（7 桁の数字）	診断分類
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者
□			□ 患者（確定例） □ 無症状病原体保有者 □ 疑似症患者