

# 重要

## 新型コロナウイルスの検査で陽性となった場合の療養について

- あなたは発生届対象外のため、保健所や佐賀県自宅療養支援センターからの連絡はありません。
- 国の定めた基準に基づき、一定の期間自主療養してください。
- 本紙は療養中に受診する際に必要となる場合があります。陽性の方は本紙を絶対に捨てないでください。

### (1) 療養について

- ・有症状の方は発症日から10日間(240時間)経過し、かつ症状軽快から72時間経過した場合※に療養解除となります。
- ・無症状の方は検体採取日から無症状のまま7日間経過した場合※に療養解除となります。
- ・症状が継続する際は療養期間が延長となる場合もあります。
- ・食料等の調達や療養中の過ごし方などの詳しい内容は、下記県ホームページでご確認ください。

○新型コロナウイルス感染症と診断された方へ  
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00386941/index.html>

ホームページ



○陽性者の療養期間及び濃厚接触者の自宅待機期間セルフチェッカー  
<https://logoform.jp/f/rg6iv>

セルフチェッカー



○療養に関する総合相談ダイヤル  
電話番号 0952-20-0091 受付時間 毎日9時~17時

### (2) 佐賀県陽性者登録センターについて

- ・健康不安がある方は、診断結果票(裏面)を使用し、佐賀県陽性者登録センターに陽性者登録をすることで、佐賀県自宅療養支援センターに受診相談や健康相談をすることが可能です。
- ・1人暮らしの方は陽性者登録センターに必ず登録してください。
- ・登録を希望される方は、下記県ホームページで登録方法などをご確認ください。
- ・療養証明書の発行には、陽性者登録が必要です。**登録がない場合は、療養証明書は発行しません。**

○佐賀県陽性者登録センターのご案内(発生届対象外の方)  
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00387537/index.html>



○登録方法などに関する相談ダイヤル  
電話番号 050-2018-7589 受付時間 毎日9時~18時

### (3) 濃厚接触者について

- ・陽性者との最終接触日または家庭内で感染対策(部屋を分ける、マスクの着用、手洗い、物資の共用を避ける、消毒の実施)を始めた日の翌日から5日間※は自宅待機してください。
- ・陽性者の療養終了までは、健康観察を行い、正しいマスクの着用など感染対策を徹底してください。

○自宅待機期間などに関する相談ダイヤル  
電話番号 0954-69-1103 受付時間 毎日6時~22時



○発熱等の症状がある方の受診について  
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00382824/index.html>

#### (4) 緊急時の相談先

- ・体調が急変し、命に関わる容体の場合は下記緊急相談窓口へ連絡してください。
- ・緊急相談窓口は命に関わる容体の方のためのものです。相談内容や本人の容体によっては、命に関わる状況でないと判断し、その時点で応対を終了させていただく場合があります。
- ・緊急相談窓口につながり、体調悪化がひどい場合は119番通報をしてください。

○佐賀県自宅療養支援センター緊急相談窓口  
電話番号 0952-25-7507 受付時間 毎日24時間

緊急性の高い症状の例

表情・外見	A 顔色が明らかに悪い ※ B 唇が紫色になっている C いつもと違う、様子がおかしい ※
息苦しさなど	D 息が荒くなった(呼吸数が多くなった) E 急に息苦しくなった F 日常生活の中で少し動くと息が上がる G 胸の痛みがある H 横になれない I 座らないと息ができない J 肩で息をしている K ゼーゼーしている
意識障害など	L ぼんやりしている(反応が弱い) ※ M もうろうとしている(返事がない) ※ N 脈がとぶ、脈のリズムが乱れる感じがする

※A、C、L、Mはご家族等が判断した場合です。

### 診断結果票 (医療機関で記入をお願いします)

#### 診断情報

診断名	新型コロナウイルス感染症
検査方法	<input type="checkbox"/> 遺伝子検査(PCR法など) <input type="checkbox"/> 抗原検査( <input type="checkbox"/> 定性 <input type="checkbox"/> 定量) <input type="checkbox"/> 臨床診断(みなし陽性)
発症日	R                      年                      月                      日
診断年月日※	R                      年                      月                      日
医療機関名	
診断医氏名	

※空欄の場合、後日、医療機関から電話で陽性連絡を受けた日を患者本人が記入すること

#### 患者情報

氏名	
生年月日	S・H・R                      年                      月                      日
電話番号	携帯    固定

【注意】(陽性の方へ)上記内容について、必要に応じて医療機関に確認することがあります。  
(陰性の方へ)陰性の場合、本紙を処分してください。