

## 【群馬県】陽性者登録窓口 登録方法

### 陽性者登録

新規登録

◎身分証明書（居住地が分かる住所が入ったもの）、検査結果が確認できる写真や画像のアップロードの提出が必要となりますので、予めご準備をお願いします。

◎「その他連絡先」につきましては、陽性者本人、代理申請者以外に連絡する必要がある場合のみ入力をお願いします。

◎電話番号は、ハイフン「-」を含めて入力をお願いします。

★は必須項目です。

申請者	■■■■■■■■■■
申請者の区分	▼
代理申請者（保護者等）  氏名	
代理申請者（保護者等）  フリガナ	
代理申請者（保護者等）  陽性者本人との関係 (例: 父、母、兄、姉、など)	
代理申請者（保護者等）  電話番号 ※例: 000-0000-0000	
その他連絡先   氏名	
その他連絡先   フリガナ	
その他連絡先   陽性者本人との関係	
その他連絡先   電話番号 ※例: 000-0000-0000	

Q1 群馬県在住の方ですか？

選択	内容	内容説明
----	----	------

はい、そうです

Q2 療養期間終了まで群馬県で療養する予定ですか？

選択	内容	内容説明
----	----	------

はい

いいえ 療養予定の都道府県に相談してください。

#### 申請者

新規利用登録をされた方の氏名が反映されます。

#### 申請者の区分

「陽性者本人」または「代理申請者」のどちらかを選択してください。

#### 代理申請者（保護者等）

代理で申請される方の、氏名、フリガナ、陽性者本人との関係、電話番号を入力してください。

※電話番号は、ハイフン「-」を含めて入力してください。

#### その他連絡先

陽性者本人、代理申請者以外に連絡する必要がある場合のみ入力してください。

※電話番号は、ハイフン「-」を含めて入力してください。

#### Q1 群馬県在住の方ですか？

「はい、そうです」にチェックを入れてください。

#### Q2 療養期間終了まで群馬県で療養する予定ですか？

群馬県で療養する予定の場合は「はい」にチェックを入れてください。

※「いいえ」の場合は、陽性者登録は行わず、療養予定の都道府県に相談してください。

Q3 年齢は2歳から64歳ですか？

※小学生以下のお子様は、かかりつけ医への受診や相談をおすすめしています。

選択	内容	内容説明
----	----	------

はい、そうです

Q4 重症化リスク因子(\*)となる疾患等はありませんか？

\*重症化リスク因子とは

悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患(COPD等)、慢性腎臓病、心血管疾患、脳血管疾患、肥満(BMI30以上)、高血圧、糖尿病、脂質異常症、臓器の移植・免疫抑制剤・抗がん剤等の使用・その他の事由による免疫機能の低下、妊娠中(可能性も含む)

「重症化リスク因子となる疾患等はあるが、医療機関に相談したところ受診不要と言われた」場合も、チェックを入れてください。

選択	内容	内容説明
----	----	------

はい、ありません

Q5 薬の処方等について

選択	内容	内容説明
----	----	------

申請時点で、症状が安定しており、医療機関の受診並びに薬の処方は不要です

Q6 本人確認ができる身分証明書の添付

いずれかを選択し、画像(本人確認ができる身分証明書)を添付してください。

※パルス・食料品を希望する方は、送付先の確認のため、現住所が確認できる身分証明書を添付してください。

選択	内容	内容説明
----	----	------

運転免許証、マイナンバーカード(表面のみ)

健康保険証、年金手帳、年金証明書(被保険者記号番号、基礎年金番号等のマスキングが必要です。)、学生証、福祉医療費受給資格者証

パスポート、在留カード、特別永住証明書、運転経歴証明書等

本人確認ができる身分証明書1:  No file chosen

本人確認ができる身分証明書2:  No file chosen

Q3 年齢は2歳から64歳ですか？

登録時点で2歳から64歳までの方は、「はい、そうです」にチェックを入れてください。

※小学生以下のお子様も登録可能ですが、かかりつけ医への受診や相談をおすすめしています。  
引き続き登録を希望される場合は、「はい、そうです」にチェックを入れてください。

Q4 重症化リスク因子となる疾患等はありませんか？

※「重症化リスク因子となる疾患等はあるが、医療機関に相談したところ受診不要と言われた」場合も、「はい、ありません」にチェックを入れてください。

Q5 薬の処方等について

当窓口では、薬の処方等はいりません。

「申請時点で、症状が安定しており、医療機関の受診並びに薬の処方は不要です」にチェックを入れてください。

Q6 本人確認ができる身分証明書の添付

本人確認ができる書類の写真を添付してください。

※パルスオキシメーターの貸与・食料品の配布を希望する方は、送付先の確認のため、現住所が確認できる身分証明書を添付してください。

(パルスオキシメーターの貸与・食料品の配布の希望については、陽性者登録入力後、画面左側の「パルス・食料品の希望について」から、引き続き入力をお願いします。)

【身分証明書の例】

氏名	日本 太郎	昭和	〇〇年	〇〇月	〇〇日生
住所	〇〇県〇〇市〇〇1丁目23番地				
交付	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 12345				
平成〇〇年〇〇月〇〇日まで有効		運転免許証	免許の条件等		
番号			第 123456789000 号		
二種	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	種	中	型	---
他	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	類	---	---	---
二種	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	類	---	---	---
〇〇 公安委員会					

#### Q7 症状について教えてください

該当する症状を全て選択してください。

入力された症状によっては、医師の判断により、本制度では陽性判定を行わず、別途、医療機関での受診をお願いする場合がございます。

※「症状なし」とは、**今までの間全く症状がないことを言います。**

選択	内容	内容説明
<input type="checkbox"/>	症状なし(無症状)	
<input type="checkbox"/>	発熱	
<input type="checkbox"/>	咳	
<input type="checkbox"/>	全身倦怠感	
<input type="checkbox"/>	頭痛	
<input type="checkbox"/>	嘔気/嘔吐	
<input type="checkbox"/>	下痢	
<input type="checkbox"/>	嗅覚・味覚障害	
<input type="checkbox"/>	その他	

#### Q8 発症年月日について教えてください(西暦/月/日)

発症日は、発熱や咳、頭痛、鼻水などの症状(Q7で回答された症状)のいずれかが最初に出た日となります。

無症状の方や発症日が不明な方は、検体採取日(検査を行った日)を記載ください。

選択	内容	内容説明
<input type="radio"/>	有症状	症状が発症した日を入力してください。
<input type="radio"/>	無症状	検体採取日を入力してください。

発症日または検体採取日 ※2022年8月15日の場合、[2022/08/15]と入力してください。:

#### Q9 ワクチンの接種歴を教えてください

接種回数を選択してください。

選択	内容	内容説明
<input type="radio"/>	接種歴なし	
<input type="radio"/>	1回	
<input type="radio"/>	2回	
<input type="radio"/>	3回	
<input type="radio"/>	4回	

#### Q7 症状について教えてください

該当する症状を全て選択してください。

※症状がない場合は、「症状なし(無症状)」のみ選択してください。

#### Q8 発症年月日について教えてください(西暦/月/日)

発症日は、発熱や咳、頭痛、鼻水などの症状(Q7で回答された症状)のいずれかが最初に出た日となります。

無症状の方や発症日が不明な方は、検体採取日(検査を行った日)を記載ください。

※「発症日または検体採取日」は、2022年8月15日の場合、 2022/08/15 と入力してください。

#### Q9 ワクチンの接種歴を教えてください

該当するワクチンの接種回数にチェックを入れてください。

Q10 検査情報についてA～Cを選択し、検査結果がわかるキットの画像を添付してください。

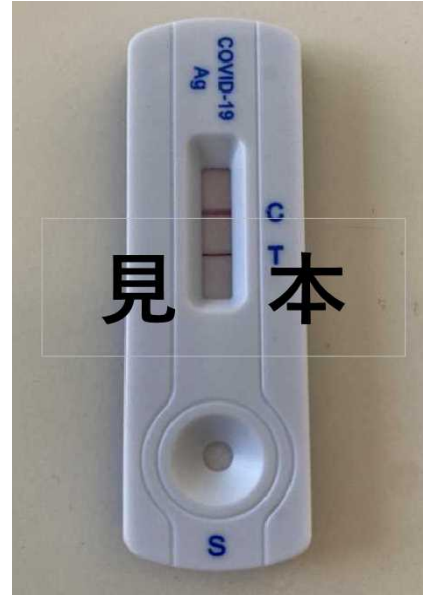
選択	内容	内容説明
<input type="radio"/>	A	「群馬県(検査キット配送センター)から配布された検査キットを使用」 検査結果がわかるキットの画像を添付してください。
<input type="radio"/>	B	「薬局等の無料検査で受検(検査結果通知書などをお持ちの方)」 薬局等の無料検査会場で検査を受けた場合は、検査結果通知書の写真を撮影し、添付してください。
<input type="radio"/>	C	「その他(自ら準備した薬事承認された検査キットを使用)」 自身で検査された場合は、①薬事承認された検査キットであること(キットの製造販売事業者名、品目名などがわかる箱や説明書)と、②結果の判定ラインが分かる写真(①②を一枚におさめて)を撮影し、添付してください。

検査結果がわかるキットや検査結果通知書などの画像1:  No file chosen

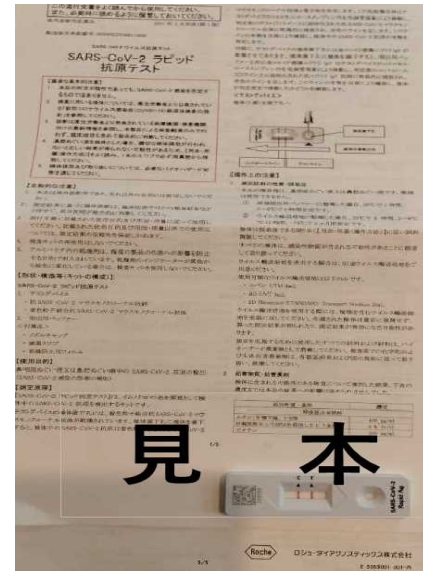
検査結果がわかるキットや検査結果通知書などの画像2:  No file chosen

Q10 検査情報についてA～Cを選択し、検査結果がわかるキットの画像を添付してください。

【Aの場合】



【Cの場合】



【Bの場合】

様式第3号 (2022年2月) 群馬県新型コロナウイルス検査センターによる無料検査

### 検査結果通知書

・本通知書における検査結果は、新型コロナウイルス感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

① 受検者氏名

② 検体採取日\*1

③ 検査結果

④ 有効期限\*2

⑤ 検査方法  PCR検査  抗原定性検査  抗原定性検査

検体  唾液  鼻拭み拭い液  鼻咽喉拭い液

使用した検査試薬又は検査キット名

※1 検査目的がわかる場合は検体目録記入、抗原定性検査の場合は検体目録。  
※2 判定不能処理として取り扱うことはできないため、再度の検査を要してください。検査結果がわかるまで1週間程度経過を要する場合があります。  
※3 検査結果、PCR検査は採取日+3日、抗原定性検査は採取日+1日

⑥ 事業者名(又は検査所名)※4

⑦ 検査管理番号

※4 PCR検査・抗原定性検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

### 【備考の場外】

(A) 検査以上の方、2歳未満のお子さん、妊娠中の方、基礎疾患のある方、医師の診察等を希望する方

☐ かかりつけ医療機関等に電話してご相談の上、受診してください。

☐ かかりつけ医療機関がない場合、  
☐ 群馬県ホームページで「診療・検査外来一覧」をご覧ください。  
<https://www.pref.gunma.jp/0726/006.html#shiran>  
☐ おたは、下記に電話し受診先についてご相談してください。  
群馬県受診・相談センター  
電話番号 027-081-8180 (受付時間: 24時間、土日祝日含む)  
※ 検査結果通知書は1週間以内の期限で発行されます。  
※ 群馬県保健所 027-220-1101 (平日・休日問わず8時30分~21時)  
※ 高崎市保健所 027-2281-6112 (平日8時30分~17時15分)

(B) 上記(A)以外の方

☐ ご自分で、群馬県健康フォアアップセンター「匿名登録窓口」に、右のQRコードから「匿名者」の登録をしてください。  
※ 専用フォームでの申込みが難しい方は、受付時間内に電話してください。  
027-220-2291 (受付時間: 平日9時~17時)

※「研究用」キットは承認対象外となるため、「医療用」キットで検査してください。

Q11 検体接種日(検査をした日)を教えてください。(西暦/月/日)

検体採取日 ※2022年8月15日の場合、[2022/08/15]と入力してください。:

Q12 誓約事項①

選択	内容	内容説明
----	----	------

「対象者」に該当していることに間違いありません

Q12 誓約事項②

選択	内容	内容説明
----	----	------

登録内容に誤りはありません

[登録](#) [戻る](#)

Q11 検体接種日(検査をした日)を教えてください。(西暦/月/日)

検体採取日は、2022年8月15日の場合、 2022/08/15 と入力してください。

Q12 誓約事項①

「「対象者」に該当していることに間違いありません」にチェックを入れてください。

Q12 誓約事項②

「登録内容に誤りはありません」にチェックを入れてください。

Q1からQ12までのすべての入力が終わりましたら、「登録」ボタンを押してください。

※パルスオキシメーターの貸与、食料品の配布についてご希望の方は、画面左側の「パルス・食料品の希望について」により引き続き入力をお願いします。

## パルス・食料品の希望について

(パルス・食料品の希望について) - 新規申請

パルスオキシメーターの貸与、食料品の配布について、引き続きこちらより申請フォームに入力をお願いします。

★は必須項目です。

申請者	■■■■■
申請者連絡欄	

パルス・食料品の希望について >> Q13 パルスオキシメーターの貸与を希望しますか？  
原則、登録された住所への送付となりますので、予めご了承ください。

選択	内容	内容説明
<input type="radio"/>	希望しない	
<input type="radio"/>	希望する	

パルス・食料品の希望について >> Q14 食料品を希望しますか？

《注意事項(食料品の支援について)》

県では、ご本人又は同居のご家族による食料品の調達が困難であるなど一定の要件を満たす場合に限り、食料品の支援を行っています。希望される方は、必ず下記事項をお読みいただきますようお願いいたします。

・無症状の方又は有症状で症状軽快から24時間経過した方、濃厚接触者の方は支援の対象外となります。

・離乳食やアレルギー食には対応していません。

・食料の分量はお一人1セット(1回に限る)となります。

・お申込みからお届けするまで2~3日ほどかかります。

選択	内容	内容説明
<input type="radio"/>	希望しない	
<input type="radio"/>	希望する	「希望する」を選択した方はQ14-1~7の回答をお願いします。

パルス・食料品の希望について >> Q14-1 わたしは自宅療養中で、食料品の支援を必要としている。

選択	内容	内容説明
<input type="radio"/>	はい	
<input type="radio"/>	はい(ハラル対応希望)	
<input type="radio"/>	いいえ	

### 申請者

新規利用登録をされた方の氏名が反映されます。

※「申請者連絡欄」は、申請者とは別の方に連絡をする場合に記入してください。

### Q13 パルスオキシメーターの貸与を希望しますか？

「希望しない」または「希望する」にチェックを入れてください。

### Q14 食料品を希望しますか？

注意事項をご確認の上、「希望しない」または「希望する」にチェックを入れてください。

「希望する」を選択した方は、Q14-1~7も回答してください。

### Q14-1 わたしは自宅療養中で、食料品の支援を必要としている。

該当する項目にチェックを入れてください。

パルス・食料品の希望について >> Q14-2 療養期間中の食料品の蓄えが自宅にない。

選択	内容	内容説明
----	----	------

- はい
- いいえ

パルス・食料品の希望について >> Q14-3 ネット販売や宅配サービス等を利用することができない。

選択	内容	内容説明
----	----	------

- はい
- いいえ

パルス・食料品の希望について >> Q14-4 同居のご家族が買い出しに行けない。(独居の方も含む)

選択	内容	内容説明
----	----	------

- はい
- いいえ

パルス・食料品の希望について >> Q14-5 支援物資を転売する行為は禁止します。

選択	内容	内容説明
----	----	------

- 了承した

パルス・食料品の希望について >> Q14-6 配送業者が住所確認のためにかける電話に出られる。

選択	内容	内容説明
----	----	------

- はい
- いいえ

パルス・食料品の希望について >> Q14-7 症状が出た日から4日以内である。

選択	内容	内容説明
----	----	------

- はい
- いいえ

[登録\(パルス・食料品の希望についてを終わる\)](#) [戻る](#)

**Q14-2 療養期間中の食料品の蓄えが自宅にない。**

「はい」または「いいえ」にチェックを入れてください。

**Q14-3 ネット販売や宅配サービス等を利用することができない。**

「はい」または「いいえ」にチェックを入れてください。

**Q14-4 同居のご家族が買い出しに行けない。(独居の方も含む)**

「はい」または「いいえ」にチェックを入れてください。

**Q14-5 支援物資を転売する行為は禁止します。**

「了承した」にチェックを入れてください。

**Q14-6 配送業者が住所確認のためにかける電話に出られる。**

「はい」または「いいえ」にチェックを入れてください。

**Q14-7 症状が出た日から4日以内である。**

「はい」または「いいえ」にチェックを入れてください。

Q13～14-7のすべての入力が終わりましたら、「登録(パルス・食料品の希望についてを終わる)」ボタンを押してください。

## (参考) 登録内容の確認

### 登録内容確認

登録内容検索

種別  | 申請者

項目タイトルをクリックすると、ソートされます。

	受付 番号		

登録内容の確認は、画面左側の「登録内容確認画面」から確認ができます。

- ・種別は、「全て」「陽性者登録」「パルス・食品の希望について」から選択してください。
- ・申請者は、「全て」「申請者（新規利用登録をされた方の氏名）」から選択してください。