

このカードは、患者の早期発見や追跡調査に使用しますので、正確に記入してください。  
御記入いただいた個人情報は、保健所等に提供する場合があります。保健所等から連絡があることがあります。

過去14日以内に、下記の流行地域に滞在していましたか？滞在していた場合、○で囲んでください。

インドネシア、フィリピン、マレーシア、モルディブ、インド、パキスタン、バングラデシュ、サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリア、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、パチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ベラルーシ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ポーランド、ラトビア、リトアニア、英国、キプロス、クロアチア、コソボ、ブルガリア、ルーマニア、アルバニア、アルメニア、モルドバ、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア、ウクライナ、ロシア、アゼルバイジャン、カザフスタン、タジキスタン、キルギス、

Y : はい  
N : いいえ

14日以内の滞在国について、○を記載

ボリビア、パハマ、メキシコ、ウルグアイ、ホンジュラス、コロンビア、エルサルバドル、アルゼンチン、ジョージア、イラク、レバノン、アルジェリア、エスワティニ、カメルーン、セネガル、中央アフリカ、モーリタニア、ガイアナ、キューバ、グアテマラ、グレナダ、セントビンセント及びグレナディーン諸島、コスタリカ、ジャマイカ、ハイチ、ニカラグア、ウズベキスタン、ケニア、コモロ、コンゴ共和国、シエラレオネ、スリナム、スーダン、ソマリア、ナミビア、ネパール、パラグアイ、パレスチナ、ベネズエラ、ボツワナ、マダガスカル、リビア、リベリア、ペリイズ、トリニダード・トバゴ、ガンビア、ザンビア、レソト、ジンバブエ、マラウイ、エチオピア、ジンバブエ、アンゴラ、ルワンダ、南スーダン、チュニジア、ミャンマー、ヨルダン

① 氏名	フリガナ				
	漢字				
② 国籍	<p>③ 入国者の情報等を記載</p>				
④ 性別	M : 男性 F : 女性	⑤ 年	月	日	⑥ 到着月日
⑦ 航空便名	会社名	便名	⑧ 座席番号	番号	乗務員の場合はこの目

日本での住所、連絡先		⑩ 電話番号 ※LINEアプリを使った健康確認に同意された方は、LINEアプリをインストールしている日本の携帯電話番号を記載してください。
⑨ 郵便番号	日本の携帯電話番号	日本の電話番号
<p>⑪ 企業・団体の管理者の電話番号、住所等を記載(誓約書上で、LINEアプリを使用して健康状態の報告をする必要がある場合は、LINEアプリをインストールする国内の携帯電話番号を記載。)</p>		
⑭ メールアドレス		

⑮	過去14日以内で、発熱やせきなどの症状がある人との接触がありましたか。	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ
⑯	過去14日以内に感染した患者と接触していますか。(可能性がありますか。)	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ
⑰	過去14日以内で、発熱やせきなどの症状がありましたか。	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ
⑱	<p>⑲ 入国者の健康状態等を記載</p>	
⑳	解熱剤・かぜ薬・痛み止めなどを使用していますか。	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ
㉑	日本での14日間の滞在先はどこですか。	<input type="checkbox"/> A : 自宅 B : ホテル C : その他( )
㉒	公共交通機関を使用せず移動する方法を確保していますか。	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ

※ 14日間の滞在先についてご記入ください。

滞在期間	月 日 ~ 月 日	滞在期間	月 日 ~ 月 日
<p>⑲ 入国者の14日間の滞在先を記載</p>			
宿		電話番号	

このカードは、患者の早期発見や追跡調査に使用します。虚偽の申告をした方は、検疫法第36条の規定により罰せられることがあります。(6か月以下の懲役または50万円以下の罰金)

厚生労働省・検疫所 検疫官記入欄 LINEアプリ等を活用した健康確認への同意  Y : あり N : なし

## 【検疫所記入欄】

発生地域滞在歴	地域			期間	月 日 ~ 月 日
検疫時の状況	体温			医薬品の使用	<input type="checkbox"/> A: 無 B: 有 ( )
	症状	, , , ,		A: 咳 B: 咽頭痛 C: 鼻汁・鼻閉 D: 全身倦怠	
	発症時期	月 日		E: その他 ( )	
検体採取日	月 日		検体番号		
検疫年月日	月 日		担当者名		
検疫所名			整理番号		

14日以内に発生地域への滞在歴がなかった者の場合

情報提供した自治体	
自治体担当者の所属部署・名前	
自治体担当者の連絡先	
紹介した医療機関	
医療機関担当者の所属部署・名前	
医療機関担当者の連絡先	

検疫官記入欄

A: 有症者 B: 濃厚接触者 C: 乗員