

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、（ ）アラブ首長国連邦、イラン、イスラエル、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア、トルコ、バーレーン、アフガニスタン、エジプト、コードジボワール、コンゴ民主共和国、ジブチ、モーリシャス、モロッコ、カーボベルデ、ガボン、ギニアビサウ、サントメ・プリンシペ、赤道ギニア、ガーナ、ギニア、南アフリカ、アメリカ合衆国、カナダ、アンティグア・バーブーダ、エクアドル、セントクリストファー・ネイビス、チリ、ドミニカ国、ドミニカ共和国、バルバドス、パナマ、ブラジル、ペルー、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、ベリーズ、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、ナイジェリア、ブータン、ルワンダ、南スーダン、チュニジア、ミャンマー、ヨルダン

 Y : はい
 N : いいえ

① 氏名	フリガナ		
	漢字		
② 国籍		③ パスポート番号	
④ 性別	<input type="checkbox"/> M : 男性 <input type="checkbox"/> F : 女性	⑤ 生年月日(西暦)	年 月 日
⑦ 航空便名	会社名	便名	⑧ 座席番号
			番号
			乗務員の場合はその旨

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
⑪ 都道府県	⑫ 市区町村(政令指定都市の区含む)	
⑬ 丁目番地 アパートマンション名等		
⑭ メールアドレス		

⑮	過去14日以内に、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日以内に、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	現在、体調に異状はありますか。(「はい」の場合は⑲を回答してください)	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ
⑲	症状はどれですか。 <input type="text"/> , <input type="text"/> , <input type="text"/> A : 発熱 B : 咳 C : 倦怠感 D : その他()	
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
 宿泊・滞在先名 _____
 電話番号 _____

滞在期間 _____月_____日~_____月_____日
 宿泊・滞在先名 _____
 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)

【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 発症時期	<input type="text" value=" , , , ,"/> 月 日		A: 咳 B: 咽頭痛 C: 鼻汁・鼻閉 D: 全身倦怠 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ある者の場合

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	<input type="text" value=" , ,"/>
--------	-----------------------	-----------------------------------

QUESTIONNAIRE

2020-11-01 EN3F-Front

Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCov) has been reported around the world.

This form is for detecting patients early and contacting persons who might have had close contact with patients.

Please fill out correctly and clearly in "ENGLISH" with "CAPITAL and BLOCK LETTERS" and in black or blue ink. Your personal information may be shared with public health center.

Have you stayed in the following prevalent regions in the past 14 days? If you were staying, please circle it.

Indonesia, Philippines, Malaysia, Maldives, India, Pakistan, Bangladesh, San Marino, Iceland, Andorra, Italy, Estonia, Austria, Netherlands, Switzerland, Spain, Slovenia, Denmark, Germany, Norway, Vatican, France, Belgium, Malta, Monaco, Liechtenstein, Luxembourg, Ireland, Sweden, Portugal, Greece, Slovakia, Czech, Hungary, Finland, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Poland, Latvia, Lithuania, United Kingdom, Cyprus, Croatia, Kosovo, Bulgaria, Romania, Albania, Armenia, Moldova, Montenegro, North Macedonia, Serbia, Ukraine, Russia, Azerbaijan, Kazakhstan, Tajikistan, Kyrgyz, United Arab Emirates, Iran, Israel, Oman, Qatar, Kuwait, Saudi Arabia, Turkey, Bahrain, Afghanistan, Egypt, Cote d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Mauritius, Morocco, Cabo Verde, Gabon, Guinea-Bissau, Sao Tome and Principe, Equatorial Guinea, Ghana, Guinea, South Africa, United States of America, Canada, Antigua and Barbuda, Ecuador, Saint Christopher and Nevis, Chile, Dominica, Dominican Republic, Barbados, Panama, Brazil, Peru, Bolivia, Bahamas, Mexico, () Uruguay, Honduras, Colombia, El Salvador, Argentine, Georgia, Iraq, Lebanese, Algeria, Eswatini, Cameroon, Senegal, Central African Republic, Mauritania, Guyana, Cuba, Guatemala, Grenada, Saint Vincent and the Grenadines, Costa Rica, Jamaica, Haiti, Nicaragua, Uzbekistan, , Kenya, Comoros, Republic of Congo, Sierra Leone, Suriname, Sudan, Somalia, Namibia, Nepal, Paraguay, Palestine, Venezuela, Botswana, Madagascar, Libya, Liberia, Belize, Trinidad and Tobago, Gambia, Zambia, Lesotho, Zimbabwe, Malawi, Ethiopia, Nigeria, Bhutan, Rwanda, South Sudan, Tunisia, Myanmar, Jordan

Y : YES
N : NO

① NAME in Full	FIRST MIDDLE NAME				
	LAST NAME				
② NATIONALITY			③ PASSPORT No.		
④ Sex	<input type="checkbox"/> M : Male <input type="checkbox"/> F : Female	⑤ DATE of BIRTH	YEAR / MONTH / DATE	⑥ Arrival Date	MONTH / DATE
⑦ Flight No.	AirLine code	No	⑧ SEAT No.	No.	If crew, please write as such.
Contact Address in Japan		⑩ TEL ※If you agree to check your health using the LINE app, please enter the Japanese mobile phone number where the LINE app is installed.			
⑨ Postal Code		Japanese mobile phone number		Japanese phone number	
⑪ PREFECTURE		⑫ CITY WARD			
⑬ Street address, Hotel name, etc.					
⑭ e-mail address					

⑮ Have you had any contact with people with symptoms such as fever or cough in the past 14 days? Y:YES N:NO

⑯ Have you had any contact with infected patients in the past 14 days? Y:YES N:NO

⑰ Have you had any symptoms such as fever, cough in the past 14 days? Y:YES N:NO

⑱ Are you feeling sick? Y:YES N:NO

⑲ If yes, specify symptoms , , A:fever B:Cough C:Fatigue D:Other Symptoms ()

⑳ Are you taking any medications such as antipyretics, cold medicines or painkillers? Y:YES N:NO

㉑ Where are you staying in Japan for 14 days? A : home B : hotel C : another place ()

㉒ Do you have a way to get around without using public transport? Y:YES N:NO

※ Please describe your 14-day stay.

Visit duration (month)(day) ~ (month)(day)

Hotel name, etc. _____

Telephone No. _____

Visit duration (month)(day) ~ (month)(day)

Hotel name, etc. _____

Telephone No. _____

Any person who gives false information may be punished according to the Article 36 of the Quarantine Act. (Imprisonment of 6 months or less, or a fine not exceeding 500,000 yen)

【QUARANTINE USE】

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 発症時期	<input type="text"/> 月 日		A: 咳 B: 咽頭痛 C: 鼻汁・鼻閉 D: 全身倦怠 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ある者の場合

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	<input type="text"/>
--------	-----------------------	----------------------