

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？

アイスランド、アイルランド、アゼルバイジャン、アフガニスタン、アメリカ合衆国、アラブ首長国連邦、アルジェリア、アルゼンチン、アルバニア、アルメニア、アンティグア・バーブーダ、アンドラ、イスラエル、イタリア、イラク、イラン、インド、インドネシア、ウクライナ、ウズベキスタン、ウルグアイ、エクアドル、エジプト、エストニア、エスワティニ、エチオピア、エルサルバドル、オーストラリア、オーストリア、オマーン、オランダ、ガーナ、カーボベルデ、ガイアナ、カザフスタン、カタール、カナダ、ガボン、カメルーン、ガンビア、ギニア、ギニアビサウ、キプロス、キューバ、ギリシャ、キルギス、グアテマラ、クウェート、グレナダ、クロアチア、ケニア、コードジボワール、コスタリカ、コソボ、コモロ、コロンビア、コンゴ共和国、コンゴ民主共和国、サウジアラビア、サントメ・プリンシペ、ザンビア、サンマリノ、シエラレオネ、ジブチ、ジャマイカ、ジョージア、シンガポール、ジンバブエ、スイス、スウェーデン、スーダン、スペイン、スリナム、スロバキア、スロベニア、セネガル、セルビア、セントクリストファー・ネイビス、セントビンセント及びグレナディーン諸島、ソマリア、タイ、タジキスタン、チェコ、チュニジア、チリ、デンマーク、ドイツ、ドミニカ共和国、ドミニカ国、トリニダード・トバゴ、トルコ、ナイジェリア、ナミビア、ニカラグア、ニュージーランド、ネパール、ノルウェー、バーレーン、ハイチ、パキスタン、パチカン、パナマ、バハマ、パラグアイ、バルバドス、パレスチナ、ハンガリー、バングラデシュ、フィリピン、フィンランド、ブータン、ブラジル、フランス、ブルガリア、ブルネイ、ベトナム、ベネズエラ、ベラルーシ、ベリーズ、ペルー、ベルギー、ポーランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ボツワナ、ボリビア、ポルトガル、ホンジュラス、マダガスカル、マラウイ、マルタ、マレーシア、メキシコ、モリシャス、モリタニア、モナコ、モルディブ、モルドバ、モロッコ、モンテネグロ、ラトビア、リトアニア、リビア、リヒテンシュタイン、リベリア、ルーマニア、ルクセンブルク、ルワンダ、レソト、レバノン、ロシア、英国、韓国、赤道ギニア、台湾、中央アフリカ、中国（香港、マカオ含む）、南アフリカ、南スーダン、北マケドニア

Y : はい
 N : いいえ

()

① 氏名 フリガナ _____
漢字 _____
② 国籍 _____ ③ バスポート番号 _____
④ 性別 M : 男性 F : 女性 ⑤ 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ⑥ 到着日 _____ 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 ⑨ 郵便番号 ※“-”なし _____ ⑩ 電話番号 ※“-”なし _____
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。 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。) 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。 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) Y : はい N : いいえ
⑲ 症状はどれですか。 _____, _____, _____ 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。 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。 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。 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
宿泊・滞在先名 _____ 宿泊・滞在先名 _____
電話番号 _____ 電話番号 _____

日本滞在中に連絡可能な携帯電話番号 _____
日本出国予定日 _____年_____月_____日 出国海空港名 _____ 便・船名 _____

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 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	<input type="text"/>		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