

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。

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

 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	<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
⑥ 到着日	年 月 日		

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"/> 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"/> 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"/>
--------	-----------------------	----------------------