

调查表

2020-11-01 NP3F-Front

本卡用于患者的早期发现和跟踪调查，请准确填写。

您所填写的个人信息有可能提供给保健所等，保健所等有可能会与您取得联系。

过去的14天内，您是否在以下流行地区停留过？请圈出。

亚洲 印度, 印度尼西亚, 尼泊尔, 巴基斯坦, 孟加拉国, 菲律宾, 不丹, 马来西亚, 缅甸, 马尔代夫 欧洲 Y: 是 N: 否
 冰岛, 爱尔兰, 阿塞拜疆, 阿尔巴尼亚, 亚美尼亚, 安道尔, 意大利, 乌克兰, 乌兹别克斯坦, 爱沙尼亚, 奥地利,
 荷兰, 哈萨克斯坦, 塞浦路斯, 希腊, 吉尔吉斯斯坦, 克罗地亚, 科索沃, 圣马力诺, 格鲁吉亚, 瑞士, 瑞典,
 西班牙, 斯洛伐克, 斯洛文尼亚, 塞尔维亚, 塔吉克斯坦, 捷克, 丹麦, 德国, 挪威, 梵蒂冈, 匈牙利, 芬兰, 法国, ()
 保加利亚, 白俄罗斯, 比利时, 波兰, 波斯尼亚和黑塞哥维那, 葡萄牙, 马耳他, 摩纳哥, 摩尔多瓦, 蒙特内格罗,
 拉脱维亚, 立陶宛, 列支敦士登, 罗马尼亚, 卢森堡, 俄罗斯, 英国, 北马其顿 中东 阿富汗, 阿拉伯联合酋长国, 以色列, 伊拉
 克, 伊朗, 阿曼, 卡塔尔, 科威特, 沙特阿拉伯, 土耳其, 巴林, 巴勒斯坦, 约旦, 黎巴嫩 非洲 阿尔及利亚, 埃及, 斯威士兰, 埃塞
 俄比亚, 加纳, 佛得角, 加蓬, 喀麦隆, 冈比亚, 几内亚, 几内亚比绍, 肯尼亚, 科特迪瓦, 科摩罗, 刚果共和国, 刚果民主共和国, 圣
 多美和普林西比, 赞比亚, 塞拉利昂, 吉布提, 津巴布韦, 苏丹, 塞内加尔, 索马里, 突尼斯, 尼日利亚, 纳米比亚, 博茨瓦纳, 马达
 加斯加, 马拉维, 毛里求斯, 毛里塔尼亚, 摩洛哥, 利比亚, 利比里亚, 卢旺达, 莱索托, 赤道几内亚, 中非, 南非, 南苏丹 北美
 美国, 加拿大 中南美 阿根廷, 安提瓜和巴布达, 乌拉圭, 厄瓜多尔, 萨尔瓦多, 圭亚那, 古巴, 危地马拉, 格林纳达, 哥斯达黎
 加, 哥伦比亚, 牙买加, 苏里南, 圣基茨和尼维斯联邦, 圣文森特和格林纳丁斯, 智利, 多米尼加共和国, 多米尼克, 特立尼达和多
 巴哥, 尼加拉瓜, 海地, 巴拿马, 巴哈马, 巴拉圭, 巴巴多斯, 巴西, 委内瑞拉, 伯利兹, 秘鲁, 玻利维亚, 洪都拉斯, 墨西哥

① 姓名	拼音		
	汉字		
② 国籍		③ 护照号	
④ 性别	<input type="checkbox"/> M : 男 <input type="checkbox"/> F : 女	⑤ 出生年月日 (公历)	⑥ 到达时间
		年 月 日	月 日
⑦ 航班号	航空公司名称	⑧ 座位号	如果是乘务人员请注明
	航班号	号码	

在日本的住址、联系方式

⑨ 邮编

⑩ 电话号码 ※如果同意使用LINE App进行健康确认，请填写安装有LINE App的日语手机号码。
 日本手机号码 日语电话号码

⑪ 都道府县

⑫ 市区町村 (包括政令指定城市的区)

⑬ 丁目番地 公寓名称等

⑭ 电子邮件

⑮	过去的14天内，是否与有发热、咳嗽等症状的人有过接触？	<input type="checkbox"/>	Y: 是 N: 否
⑯	过去的14天内，是否与感染的患者有过接触 (或可能有过接触) ？	<input type="checkbox"/>	Y: 是 N: 否
⑰	过去的14天内，有没有出现过发热及咳嗽等症状？	<input type="checkbox"/>	Y: 是 N: 否
⑱	现在身体有没有异常？ (如果回答“是”，请继续回答⑲)	<input type="checkbox"/>	Y: 是 N: 否
⑲	有哪些症状？ <input type="text"/>		A: 发热 B: 咳嗽 C: 倦怠感 D: 其他 ()
⑳	是否正在服用退烧药、感冒药、止痛药等？	<input type="checkbox"/>	Y: 是 N: 否
㉑	您要在日本住14天？	<input type="checkbox"/>	A: 家 B: 旅馆 C: 其他 ()
㉒	您有不用公共交通工具旅行的方式吗？	<input type="checkbox"/>	Y: 是 N: 否

※请描述您的14天住宿时间。

停留期间	____月____日~____月____日	停留期间	____月____日~____月____日
住宿/停留地名称	_____	住宿/停留地名称	_____
电话号码	_____	电话号码	_____

本卡用于患者的早期发现和跟踪调查。虚假申报者有可能根据检疫法第36条的规定受到处罚。(6个月以下的拘留或50万日元以下的罚款)

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