

本卡將使用於早期發現患者與追蹤調查，因此請填寫正確的內容。
您所填寫的個人資料可能提供給保健所等，並可能接到來自保健所的聯絡。

過去14天以內，您是否曾經居住於下列流行地區？請圈出。

亞洲 印度,印尼,尼泊爾,巴基斯坦,孟加拉,菲律賓,不丹,馬來西亞,緬甸,馬爾地夫 歐洲 冰島,愛爾蘭,亞塞拜然,阿爾巴尼亞,亞美尼亞,安道爾,義大利,烏克蘭,烏茲別克斯坦,愛沙尼亞,奧地利,荷蘭,哈薩克,賽普勒斯,希臘,吉爾吉斯,克羅埃西亞,科索沃,聖馬利諾,喬治亞,瑞士,瑞典,西班牙,斯洛伐克,斯洛維尼亞,塞爾維亞,塔吉克,捷克,丹麥,德國,挪威,梵蒂岡,匈牙利,芬蘭,法國,保加利亞,白俄羅斯,比利時,波蘭,波士尼亞與赫塞哥維納,葡萄牙,馬爾他,摩納哥,摩爾多瓦,蒙特內哥羅,拉脫維亞,立陶宛,列支敦斯登,羅馬尼亞,盧森堡,俄羅斯,英國,北馬其頓 中東 阿富汗,阿拉伯聯合大公國,以色列,伊拉克,伊朗,阿曼王國,卡達,科威特,沙烏地阿拉伯,土耳其,巴林,巴勒斯坦,約旦,黎巴嫩 非洲 阿爾及利亞,埃及,史瓦帝尼,埃塞俄比亞,迦納,維德角,加彭,喀麥隆,岡比亞,幾內亞,幾內亞比索,肯尼亞,象牙海岸,科摩羅,剛果共和國,剛果民主共和國,聖多美普林西比,贊比亞,塞拉利昂,吉布地,津巴布韋,蘇丹,塞內加爾,索馬里,突尼斯,尼日利亞,納米比亞,博茨瓦納,馬達加斯加,馬拉維,模里西斯,茅利塔尼亞,摩洛哥,利比亞,利比里亞,盧旺達,萊索托,赤道幾內亞,中非,南非,南蘇丹 北美 美國,加拿大 中南美 阿根廷,安地卡及巴布達,烏拉圭,厄瓜多,薩爾瓦多,蓋亞那,古巴,瓜地馬拉,格瑞那達,哥斯大黎加,哥倫比亞,牙買加,蘇里南,聖克里斯多福及尼維斯,聖文森及格瑞那丁,智利,多明尼加共和國,多米尼克,特立尼達和多巴哥,尼加拉瓜,海地,巴拿馬,巴哈馬,巴拉圭,巴貝多,巴西,委內瑞拉,伯利茲,祕魯,玻利維亞,宏都拉斯,墨西哥

Y : 是
 N : 否

① 姓名	英文拼音				
	漢字				
② 國籍			③ 護照號碼		
④ 性別	<input type="checkbox"/> M:男性 <input type="checkbox"/> F:女性	⑤ 出生日期 (西曆)	年	月	日
⑦ 航班名稱	航空公司名稱		航班名稱	⑥ 抵達日期	月 日
			⑧ 座位號碼	號碼	若為乘務員請標明

在日本的地址、聯絡方式 ⑩電話號碼 ※已同意使用LINE應用程式確認健康者，請填寫已安裝LINE應用程式的日本行動電話號碼。

⑨ 郵遞區號	日本手機號碼	日語電話號碼
⑪ 都道府縣	⑫ 市區町村 (含政令指定都市之區)	
⑬ 丁目番地 公寓大樓名稱等		
⑭ 電子郵件位址		

⑮	過去14天以內，是否曾接觸有發燒或咳嗽等症狀者？	<input type="checkbox"/>	Y : 是 N : 否
⑯	過去14天以內，是否曾接觸已感染的患者 (是否可能接觸)？	<input type="checkbox"/>	Y : 是 N : 否
⑰	過去14天以內，是否曾有發燒或咳嗽等症狀？	<input type="checkbox"/>	Y : 是 N : 否
⑱	現在身體狀況是否有異狀？ (若「是」，請回答⑲)	<input type="checkbox"/>	Y : 是 N : 否
⑲	有哪些症狀？	<input type="text"/>	A : 發燒 B : 咳嗽 C : 疲倦感 D : 其他 ()
⑳	是否服用了退燒藥、感冒藥、止痛藥等？	<input type="checkbox"/>	Y : 是 N : 否
㉑	您要在日本住14天？	<input type="checkbox"/>	A : 家 B : 旅館 C : 其他 ()
㉒	您有不用公共交通工具旅行的方式嗎？	<input type="checkbox"/>	Y : 是 N : 否

※14天請填寫在日本的居住地點與期間等。

居住期間	_____月_____日~_____月_____日	居住期間	_____月_____日~_____月_____日
住宿/居住處名稱	_____	住宿/居住處名稱	_____
電話號碼	_____	電話號碼	_____

本卡將使用於患者的早期發現與追蹤調查。進行虛假申報者，可能依照檢疫法第36條規定課以處罰 (6個月以下徒刑或50萬日圓以下之罰金)

厚生勞動省、檢疫所

檢疫所填寫欄 同意活用LINE應用程式等確認健康。

Y : 有
 N : 無

【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