

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、保健所等に提供する場合があり、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、ウルグアイ、ウズベキスタン、エクアドル、エジプト、エストニア、エスワティニ、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、ギニア、ギニアビサウ、キプロス、キューバ、ギリシャ、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、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国、サウジアラビア、サンマリノ、サントメ・プリンシペ、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、スイス、スウェーデン、スペイン、スロバキア、スロベニア、スリナム、スーダン、セネガル、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、セルビア、ソマリア、タジキスタン、タイ、チエコ、チリ、デンマーク、ドイツ、ドミニカ国、ドミニカ共和国、トルコ、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、パレーン、ハイチ、パキスタン、パチカン、パナマ、パラグアイ、パレスチナ、パハマ、バルバドス、ハンガリー、バングラデシュ、フィリピン、フィンランド、ブラジル、フランス、ブルガリア、ブルネイ、ベトナム、ベラルーシ、ベルー、ベルギー、ベネズエラ、ポーランド、ポツワナ、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ボリビア、ポルトガル、ホンジュラス、マダガスカル、マルタ、マレーシア、メキシコ、モーリシャス、モーリタニア、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、リヒテンシュタイン、リビア、リベリア、ルーマニア、ルクセンブルク、レバノン、ロシア、英国、韓国、北マケドニア、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

Y Y: はい
N: いいえ

① 氏名	フリガナ													
	漢字													
② 国籍	ベトナム	③ バス ポート 番号	XXXXXXXX											
④ 性別	M	M: 男性 F: 女性	⑤ 生年 月 日 (西暦)	19XX	年	XX	月	XX	日	⑥ 到着 月 日	XX	月	XX	日
⑦ 航空 便名	JL	752	⑧ 座席 番号	28C		乗務員の場合はその旨								

日本での住所、連絡先

郵便番号 ※“-”なし 1020083

⑨ 電話番号 ※“-”なし 090XXXXXXXX

⑩ 都道府県 ⑪ 市区町村(政令指定都市の区含む)

東京都 千代田区

⑫ 丁目番地
アパートマンション名等 麹町5-3-4 麹町秋山ビルディング4F

⑬ メールアドレス info@pasia.jp

⑭	過去14日以内で、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"/> N Y: はい N: いいえ
⑮	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"/> N Y: はい N: いいえ
⑯	過去14日以内で、発熱やせきなどの症状がありましたか。	<input type="checkbox"/> N Y: はい N: いいえ
⑰	現在、体調に異状はありますか。(「はい」の場合は⑱を回答してください)	<input type="checkbox"/> N Y: はい N: いいえ
⑱	症状はどれですか。	A: 発熱 B: 咳 C: 倦怠感 D: その他()
⑲	解熱剤・かぜ薬・痛み止めなどを使用していますか。	<input type="checkbox"/> N Y: はい N: いいえ

※ 日本国内に居住されていない方は、日本での滞在先や期間などについてご記入ください。

滞在期間	XX 月 XX 日 ~ XX 月 XX 日	滞在期間	月 日 ~ 月 日
宿泊・滞在先名	ホテルペイジア	宿泊・滞在先名	
電話番号	03XXXXXXXX	電話番号	
日本滞在中に連絡可能な携帯電話番号	090XXXXXXXX		
日本出国予定日	20XX 年 XX 月 XX 日	<input type="checkbox"/> A: 自宅 B: その他()	
出国海空港名		<input checked="" type="checkbox"/> C: 公共交通機関の使用なし	
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

厚生労働省・検疫所

※厚生労働省、都道府県、保健所等から連絡する場合、最初に⑨の電話番号にご連絡します。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携帯電話番号を記載してください。