

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、アメリカ合衆国、アラブ首長国連邦、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、イギリス、イスラエル、イタリア、イラン、インドネシア、ウクライナ、ウルグアイ、エクアドル、エジプト、エストニア、オーストラリア、オーストリア、オマーン、オランダ、カーボベルデ、カザフスタン、カタール、カナダ、ガボン、韓国、北マケドニア、ギニアビサウ、キプロス、ギリシャ、クウェート、クローチア、コートジボワール、コソボ、コロンビア、コンゴ民主共和国、サウジアラビア、サントメ・プリンシペ、サンマリノ、ジブチ、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、赤道ギニア、セルビア、セントクリストファー・ネイビス、タイ、台湾、チェコ、中国（香港、マカオ含む）、チリ、デンマーク、ドイツ、ドミニカ共和国、ドミニカ国、トルコ、ニュージーランド、ノルウェー、バーレーン、パチカン、パナマ、バハマ、バルバドス、ハンガリー、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、ペルー、ベルギー、ポーランド、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、マルタ、マレーシア、メキシコ、モーリシャス、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、ルーマニア、ルクセンブルグ、ロシア

Y : はい
 N : いいえ
↓
()

① 氏名	フリガナ				
	漢字				
② 国籍		③ パスポート番号			
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

日本での住所、連絡先

⑨ 郵便番号 ※“-”なし

⑩ 都道府県

⑪ 市区町村(政令指定都市の区含む)

⑫ 丁目番地 アpartmentマンション名等

⑬ メールアドレス

⑨ 電話番号 ※“-”なし

⑭	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
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"/> Y : はい N : いいえ
⑯	体調に異状はありますか。(「はい」の場合は⑰を回答してください)	<input type="checkbox"/> Y : はい N : いいえ
⑰	症状はどれですか。	<input type="checkbox"/> A : 発熱 <input type="checkbox"/> B : 咳 <input type="checkbox"/> C : 倦怠感 <input type="checkbox"/> D : その他()
⑱	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

※ 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	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

A : 自宅 B : その他()

C : 公共交通機関の使用なし

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 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 ()
検体採取日時	月 日 :		検体番号(ラベル)	
検疫年月日	月 日		検体採取担当者名	
検疫所名	関西空港検疫所		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

表面確認者		裏面確認者	
PCR検査結果	陰性	結果連絡	連絡日
	陽性 判明日時		実施者