

事務連絡
令和2年4月2日

各検疫所 御中

健康局結核感染症課

医薬・生活衛生局
生活衛生・食品安全企画課
検疫所業務管理室

新型コロナウイルス感染症発生国からの入国者に対する
検疫対応について（流行地域の追加）

新型コロナウイルス感染症については、「新型コロナウイルス感染症への検疫対応に際しての質問票の取り扱いについて（流行地域の追加）」（令和2年3月26日付け事務連絡、以下「検査実施等事務連絡」という。）及び「新型コロナウイルス感染症発生国からの検疫対応について（東南アジア等の追加）」（令和2年3月26日付け事務連絡、以下「待機要請等事務連絡」という。）等により、検疫対応をお願いしているところです。

今般、「中華人民共和国で発生した新型コロナウイルス感染症に関する政府の取組について」（令和2年4月1日付け国家安全保障会議決定）を踏まえ、検査実施等事務連絡及び待機要請等事務連絡の内容を整理し、令和2年4月3日午前0時（日本時間）以降に本邦に到着する航空機又は船舶について、下記のとおり対応を行うこととなりましたので、御了知の上、対応に遺漏なきようお願いします。

記

1. 別紙1の（※1）「入管法に基づく入国制限対象地域」については、以下の通り質問票の回収、検査、フォローアップ等を行うこと。質問票については以下のとおり取扱うこと。
 - ア) 質問票は両面赤黒コピーA4サイズにて印刷すること。
 - イ) 検疫所は、入管法に基づく入国制限対象地域からの直行便について、印刷した質問票を機内（船内）に事前に搭載するよう依頼し、機内（船内）において、乗客の降機（下船）前に記入するよう合わせて依頼すること。また、流行地域からの直行便が存在しない場合、ポスター等を用いて入国者に対して、注意喚起を行い、自己申告を促すこととする。なお、流行地域に滞在歴のある者からの自己申告があり、過去14日以内に滞在していたか確認された場合は、質問票を記入させること。
 - ウ) イ) の搭載対応が難しい場合、検疫官が直接、質問票を配布、記入させ、徴集すること。なお質問票を搭載できるまでの間は、検疫ブースにおいて流行地域への滞在につ

いて指さしボード等による確認を実施すること。

- エ) イ) 又はウ) で記入された質問票については、検疫ブースもしくは機内（船内）において検疫官が内容を確認のうえ、流行地域の滞在歴の有無を確認すること。その結果、過去 14 日以内に流行地域に滞在歴がある者においては「赤い紙」を配布すること。
過去 14 日以内に流行地域に滞在歴がない者においては「青い紙」を配布すること。
- オ) 「赤い紙」を配布した者については、検査を実施するとともに、必要な措置を講ずること。なお、検査結果が判明するまでは検疫所長が指定した施設等に留まるように要請すること。
- カ) 「赤い紙」を配布した者については、健康フォローアップについて「新型コロナウイルス感染症に関する都道府県等と厚生労働省健康フォローアップセンターの連携について」（令和 2 年 2 月 18 日付け事務連絡、令和 2 年 3 月 20 日最終改正）に基づき対応するとともに、「中華人民共和国で発生した新型コロナウイルス感染症に関する政府の取組について」（令和 2 年 3 月 19 日付閣議了解）と同様に検疫所長が指定した施設等において 14 日間待機し、当該期間中に公共交通機関を使用しないことを要請すること。

2. 別紙 1 の（※ 1）「入管法に基づく入国制限対象地域」、（※ 2）「検疫強化対象地域」に記載の国、地域から来航する航空機又は船舶に搭乗又は乗船していた者について、検疫法第 34 条の規定に基づく政令（令和 2 年政令第 28 号）において準用する同法第 14 条第 1 項第 1 号に規定する隔離又は同項第 2 号に規定する停留を必要なものに行うほか、検疫所長が指定する場所において 14 日間待機し、当該期間中に国内において公共交通機関を使用しないことを要請すること。

3. 2. の要請は、健康カードにより行い、以下の確認等を行うこと。

- ア) 健康カードの滞在先について記載があり、質問票の滞在先と相違ないことを確認し、右下のチェック欄に検疫官が署名を行うこと。
- イ) 質問票の表面右下にある滞在先について、自宅、その他（宿泊施設等）であるかのチェックを確認し、検疫所長が指定した施設等^{*1}において 14 日間待機し、当該期間中に公共交通機関^{*2}を使用しないことを要請すること。
また、宿泊先が決まっていない者については、宿泊施設を確保するよう促すこと。
 - * 1 公共交通機関を使用しない場合、国内に居所がある者は待機場所を自宅にすることができる。また、ホテルを予約している者も同様の扱いとすることができます。
 - * 2 公共交通機関とは、不特定多数が利用する鉄道、バス、タクシー、航空機（国内線）、旅客船等を指す。

4. 流行地域を過去 14 日間以内に出発して、第三国を経由して到着する者については、ポスターによる呼びかけ等により、自己申告を促し、滞在歴が確認できた者については、質問票を徴収し、2. 3. と同様に対応すること。

5. 上記の対応により、滞在歴が確認できた場合は、健康状態のフォローアップを実施することとなるので、対象者の質問票を検疫所業務管理室に送付すること。なお、過去 14 日間以内に流行地域に滞在歴があり、症状を有する者を発見した場合においては、速やかに検疫所業務管理室へ連絡すること。

(別紙1)

検疫強化に関する発生国ごとの取り扱いについて (別紙2)

新型コロナウイルス感染症対策本部 (第25回)

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/sidai_r020401.pdf

水際対策の抜本的強化に関するQ&A (令和2年4月2日時点版)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/covid19_qa_kanren_kigyou_00001.html

以上

(※1) 入管法に基づく入国制限対象地域
(外務省による感染症危険情報レベル3)

東アジア	中国（香港、マカオ含む）、台湾、韓国
東南アジア	インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア
ヨーロッパ	サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリア、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルグ、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ポーランド、ラトビア、リトアニア、英國、キプロス、クロアチア、コソボ、ブルガリア、ルーマニア、アルバニア、アルメニア、モルドバ、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア
中東	イラン、イスラエル、トルコ、バーレーン
アフリカ	エジプト、コードジボワール、コンゴ民主共和国、モーリシャス、モロッコ
北米	米国、カナダ
中南米	エクアドル、チリ、ドミニカ国、パナマ、ブラジル、ボリビア
大洋州	オーストラリア、ニュージーランド

(※2) 検疫強化対象地域
(外務省による感染症危険情報レベル2)

※1以外の全ての国と地域

検疫強化に関する発生国ごとの取り扱いについて

今回の検疫強化の変更による、発生国ごとの検疫対応は以下のとおり。

- 東アジア（中国（香港、マカオ含む）、台湾、韓国）、東南アジア（インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア）、ヨーロッパ（サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリア、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルグ、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ポーランド、ラトビア、リトアニア、英國、キプロス、クロアチア、コソボ、ブルガリア、ルーマニア、アルバニア、アルメニア、モルドバ、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア）、中東（イラン、イスラエル、トルコ、バーレーン）、アフリカ（エジプト、コードジボワール、コンゴ民主共和国、モーリシャス、モロッコ）、北米（米国、カナダ）、中南米（エクアドル、チリ、ドミニカ国、パナマ、ブラジル、ボリビア）、大洋州（オーストラリア、ニュージーランド）

PCR 検査	隔離・停留、待機・公共交通機関の利用
有症者 濃厚接触者 → 実施	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PCR 検査結果 <ul style="list-style-type: none"> ・陽性 → 隔離【検疫法に基づく措置】 ・陰性 → 検疫所長の指定する場所で 14 日間待機 公共交通機関の利用不可（要請） ✓ 全員が 14 日間の健康フォローアップの対象
無症者 → 実施	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>PCR 検査判明まで自宅等での待機可（公共交通機関を利用しないよう強く説明）</u> ✓ PCR 検査結果 <ul style="list-style-type: none"> ・陽性 → 隔離【検疫法に基づく措置】 ・陰性 → 検疫所長の指定する場所で 14 日間待機 公共交通機関の利用不可（要請） ✓ 全員が 14 日間の健康フォローアップの対象

●上記以外の全ての国及び地域

PCR 検査	隔離・停留、待機・公共交通機関の利用
有症者 濃厚接触者※ → 実施 ※状況に応じて実施	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PCR 検査結果 <ul style="list-style-type: none"> ・陽性 → 隔離【検疫法に基づく措置】 ・陰性 → なし
無症者 → 実施せず	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 検疫所長の指定する場所で 14 日間待機 ✓ 公共交通機関の利用不可（要請）

入国される方へ検疫所よりお知らせ

1. 到着 14 日以内に新型コロナウイルス感染症が特に流行している地域（※裏面の表参照）から日本に入国する方へ

- (1) 特に流行している地域から来たことを、必ず検疫官にお申し出ください。
- (2) 入国した次の日から起算して 14 日間は指定された場所で待機していただき、①～⑤のように行動してください。
- (3) 健康フォローアップとして、保健所などからご連絡をさせていただきます。

2. それ以外の地域から入国する方へ

入国した次の日から起算して 14 日間は指定された場所で待機していただき、①～⑤のように行動してください。

- ① 指定された場所から 14 日間、外出しないでください。
- ② 公共交通機関を使用しないでください。
(不特定多数が利用する電車、バス、タクシー、国内線の飛行機など)

御本人で以下の空欄に記入してください。

【滞在期間】 / ~ /	【待機場所】例：自宅、ホテル、等
【滞在期間】 / ~ /	【待機場所】

③ 健康状態を毎日チェック

- ・ 体温測定を毎日行い、発熱の有無を確認してください。
- ・ 激しい咳や呼吸が苦しくなるなどの症状の有無を確認してください。
(身近な方の健康状態にも注意を払ってください)

④ 咳や発熱などの症状が出たら

- ・ マスクを着用して他者に感染させないように注意してください。
- ・ 事前に帰国者・接触者相談センターに電話連絡し滞在していた地域を伝え、指定された医療機関を受診してください。

⑤ ご家族等の身近でお過ごしになる方へ

- ・ こまめに手洗いを行ってください。
- ・ 十分な睡眠や栄養をとるようにしてください。
- ・ ご家族などで体調が悪い方が発生した場合、周囲の方もマスクを装着し、接触する方を限定してください

新型コロナウイルス感染症に関することでご不明な点がある方は、以下の電話番号にご相談ください。

厚生労働省電話相談窓口：0120-565653

☆帰国者・接触者相談センターはこちらで探せます →



☆外国語で対応ができる医療機関はこちらで探せます →



厚生労働省・検疫所

検疫官署名欄

【特に流行している地域】

	特に流行している地域 ^{注)}
アジア・大洋州	中国全土、台湾、韓国全土、豪州、ニュージーランド、インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア
北米	米国、カナダ
中南米	エクアドル、チリ、ドミニカ国、パナマ、ブラジル、ボリビア
欧州	サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリア、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ポーランド、ラトビア、リトアニア、英国、キプロス、クロアチア、ブルガリア、ルーマニア、アルメニア、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア
中東・アフリカ	イラン、エジプト、イスラエル、コンゴ民主共和国、バーレーン、モロッコ、コートジボワール、トルコ

注) 出入国管理及び難民認定法における入国制限対象地域

Notice from the Quarantine Station to Persons Entering Japan

Persons who have stayed in the particularly prevalent areas within 14 days before arrival.* (※ : See back)

Please stay in the designated place for the 14-day period after your arrival in Japan (counting from the day after your arrival), and follow instructions below.

- ① Do not leave the designated quarantine location.
- ② Do not use any public transportation that you might ordinarily use. This includes trains, buses, taxis, domestic flights, etc.
- ③ Please fill in the blanks below.

[Period of stay] / ~ /	[Place of stay] Ex.) Home, Hotel, etc
[Period of stay] / ~ /	[Place of stay]

③ Check your health condition

- Check your body temperature for fever every day.
- Monitor your physical condition carefully and check for symptoms such as severe cough or breathing difficulties.

* Pay attention to health condition of your close contacts as well.

④ If you have symptoms such as cough or fever,

- Wear a mask to prevent the spreading of infection to others.
- Call the repatriation consultation center and inform them about your prior travel history. Then, visit the designated medical institution.

⑤ For persons who live in close contact with family members, etc.

- Wash your hands frequently and thoroughly.
- Make sure to get enough sleep and nutrients.
- If someone in your family, etc. is feeling unwell, the people around the person should also wear masks, and limit the number of people with whom they come into contact.

If you have any questions with regards to the novel coronavirus, please call the following number:

《MHLW Telephone Consultation》 +81-3-3595-2176

★ You can search for the repatriation consultation center. →



★ You can search for the medical institution with foreign language speaking staff. →



検疫官署名欄



Ministry of Health, Labour and Welfare • Quarantine Station

【Regions subject to strengthened quarantine, and particularly prevalent areas】

Subject area ^{**)}	Country name
Asia/Oceania	China, Hong kong, Taiwan, Korea, Australia, New Zealand, Indonesia, Singapore, Tailand, Philippines, Brunei, Viet Nam, Malaysia
North America	U.S.A, Canada
Central and South America	Ecuador, Chile, Dominica, Panama, Brazil, Bolivia
Europe	San Marino, Iceland, Andorra, Italia, Estonia, Austria, Netherland, Swiss, Spain, Slovenia, Denmark, Germany, Norway, Vatican, France, Belgium, Malta, Monaco, Liechtenstein, Luxembourg, Ireland, Sweden, Portuguese, Greece, Slovakia, Czech, Hungary, Finland, Poland, Latvia, Lithuania, UK, Cyprus, Croatia, Bulgaria, Romania, Armenia, Montenegro, North Macedonia, Serbia
Middle east countries/Africa	Iran, Egypt, Israel, Democratic Republic of the Congo, Bahrain, Morocco, Cote d'Ivoire, Turkey

*Areas subject to entry restrictions per the Immigration Control and Refugee Recognition Act of Japan

質問票

2020/03/26

新型コロナウイルス感染症が発生しています。

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、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？

中華人民共和国、香港、台湾、大韓民国、オーストラリア、ニュージーランド、インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア、アメリカ、カナダ、エクアドル、チリ、ドミニカ国、パナマ、ブラジル、ボリビア、サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリア、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、コソボ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ポーランド、ラトビア、リトアニア、イギリス、ボスニアヘルツェゴビナ、モーリシャス、モルドバ、キプロス、クロアチア、ブルガリア、ルーマニア、アルメニア、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア、イラン、エジプト、イスラエル、コンゴ民主共和国、バーレーン、モロッコ、コートジボワール、トルコ、アルバニア

 はい いいえ

姓	<input type="text"/>																									
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※姓と名の間を1文字あけてください。「-」や「_」は同じ枠内に記入してください。

名	<input type="text"/>																							
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※姓と名の間を1文字あけてください。

國籍	<input type="text"/>																							
----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(3)バス
ポート
番号

性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年 月 日 (西暦)	<input type="text"/>																				
----	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(6)到着
月
日

航空 便名	会社名	<input type="text"/>																					
----------	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

乗務員の場合はその旨

日本での住所、連絡先				(9)電話番号 ※“-”なし																		
都道府県	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
市区町村 (政令指定都市の区含む)	<input type="text"/>																					
丁目番地 アパートマンション名等	<input type="text"/>																					
メールアドレス	<input type="text"/>																					

(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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(16) 体調に異状はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(17) (16)で「はい」と回答した方で)症状はどれですか。	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 日本国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	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	滞在期間	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
宿泊・滞在先名	<input type="text"/>		
電話番号	<input type="text"/>		

日本滞在中に連絡可能な携帯電話番号	<input type="text"/>		
-------------------	----------------------	--	--

日本出国予定日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他()
出国海空港名	<input type="text"/>		
便・船名	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 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】

○発生地域滞在歴 地域()	期間()
○検疫時の状況	
体温(°C) 医薬品の使用 無・有()	
□咳 □咽頭痛 □鼻汁・鼻閉 □全身倦怠 発症時期()	
その他()	
迅速診断キット() 陰性 陽性()	
特記事項()	
検疫年月日: 年 月 日 時 分	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		
<input type="checkbox"/> 有症者	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 乗員

QUESTIONNAIRE

Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCov) has been reported in China and Republic of Korea.

This form is for detecting patients early and contacting persons who might have had close contact with patients.

Please fill out correctly and clearly in "ENGLISH" with "CAPITAL and BLOCK LETTERS" and in black or blue ink. Your personal information may be shared with public health center.

Please respond to the following questions by placing a check mark (✓) in the answer box that corresponds to your response and/or fill in the blank where indicated.

Have you stayed in the following prevalent regions in the past 14 days?

China, Hong Kong, Taiwan, Korea, Australia, New Zealand, Indonesia, Singapore, Thailand, Philippines, Brunei, Viet Nam, Kosovo, Malaysia, U.S.A., Canada, Ecuador, Chile, Dominica, Panama, Brazil, Bolivia, San Marino, Iceland, Andorra, Italia, Estonia, Moldova, Austria, Netherland, Swiss, Spain, Slovenia, Denmark, Germany, Norway, Vatican, France, Belgium, Malta, Monaco, Albania, Rumania, Liechtenstein, Luxembourg, Ireland, Sweden, Portuguese, Greece, Slovakia, Czech, Hungary, Finland, Poland, Latvia, Lithuania, UK, Cyprus, Croatia, Bulgaria, Romania, Armenia, Montenegro, North Macedonia, Serbia, Iran, Egypt, Israel, Democratic Republic of the Congo, Bahrain, Morocco, Cote d'Ivoire, Turkey, Bosnia & Herzegovina, Mauritius, Bulgaria

YES
 NO

(1) NAME in Full	FIRST / MIDDLE NAME												
	LAST NAME												
(2) NATIONALITY							(3) PASSPORT No.						
	Sex	<input type="radio"/> Male	<input type="radio"/> Female	(5) DATE of BIRTH	YEAR	MONTH		DAY	(6) Arrival Date	MONTH	DAY		
(7) Flight No.	Airline Code			No.			(8) SEAT No.					If crew, please write as such.	
Contact Address in Japan (If transit, please write the final destination in (12).)													
(10) PREFECTURE						(11) CITY WARD							
(12) Street address, Hotel name, etc. (13) e-mail address													

(14) Have you had any contact with people with symptoms such as fever or cough in the past 14 days? YES NO

(15) Have you had any contact with infected patients in the past 14 days? YES NO

(16) Are you feeling sick? YES NO

(17) If yes, specify symptoms (fever Cough Fatigue Other Symptoms ())

(18) Are you taking any medications such as antipyretics, cold medicines or painkillers? YES NO

If you do not live in Japan, please answer the following questions.

Visit duration _____ (month) _____ (day) ~ _____ (month) _____ (day)

Hotel name, etc. _____

Telephone No. _____

Visit duration _____ (month) _____ (day) ~ _____ (month) _____ (day)

Hotel name, etc. _____

Telephone No. _____

home another place ()

nonuse of transportation

Mobile phone number while in Japan _____

Your schedule of departure from Japan

Departure date _____ (year) _____ (month) _____ (day)

Departure airport / port name _____

Flight number / vessel name _____

Any person who gives false information may be punished according to the Article 36 of the Quarantine Act. (Imprisonment of 6 months or less, or a fine not exceeding 500,000 yen)

【QUARANTINE USE】

○発生地域滞在歴 地域() 期間()

○検疫時の状況

体温(°C) 医薬品の使用 無・有()

□咳 □咽頭痛 □鼻汁・鼻閉 □全身倦怠 発症時期()

その他()

迅速診断キット() 陰性 陽性()

特記事項()

検疫年月日: 年 月 日 時 分	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

<input type="checkbox"/> 有症者	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 乗員
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

質問票

2020/03/26

新型コロナウイルス感染症が発生しています。

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、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？

中華人民共和国、香港、台湾、大韓民国、オーストラリア、ニュージーランド、インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア、アメリカ、カナダ、エクアドル、チリ、ドミニカ国、パナマ、ブラジル、ボリビア、サンマリノ、アイスランド、アンドラ、イタリア、エストニア、オーストリア、オランダ、スイス、スペイン、スロベニア、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、フランス、ベルギー、マルタ、モナコ、コソボ、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、アイルランド、スウェーデン、ポルトガル、ギリシャ、スロバキア、チェコ、ハンガリー、フィンランド、ポーランド、ラトビア、リトアニア、イギリス、ボスニアヘルツェゴビナ、モーリシャス、モルドバ、キプロス、クロアチア、ブルガリア、ルーマニア、アルメニア、モンテネグロ、北マケドニア、セルビア、イラン、エジプト、イスラエル、コンゴ民主共和国、バーレーン、モロッコ、コートジボワール、トルコ、アルバニア

 はい いいえ

① 氏名 フリガナ																	
※姓と名の間を1文字あけてください。「」や「」は同じ枠内に記入してください。																	
② 漢字																	
※姓と名の間を1文字あけてください。																	
③ 国籍							④ パスポート番号										
⑤ 性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	⑥ 生年月日 西暦	年	月	日	⑦ 到着月日	月	日	月	日	月	日				
⑧ 船名							⑨ 座席・客室番号									乗務員の場合はその旨	
日本での住所、連絡先							⑩ 電話番号 ※ “-”なし										
⑪ 都道府県							⑫ 市区町村（政令指定都市の区含む）										
⑬ 丁番地 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"/> はい	<input type="checkbox"/> 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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑰ 体調に異状はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑱ (⑯で「はい」と回答した方で) 症状はどれですか。	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※ 日本国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											
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	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他()						
出国海空港名											
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）

厚生労働省・検疫所

【検疫所記入欄】

○発生地域滞在歴 地域()	期間()
○検疫時の状況	
体温(°C) 医薬品の使用 無・有()	
□咳 □咽頭痛 □鼻汁・鼻閉 □全身倦怠 発症時期()	
その他()	
迅速診断キット() 陰性 陽性()	
特記事項()	
検疫年月日: 年 月 日 時 分	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

<input type="checkbox"/> 有症者	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 乗員
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

QUESTIONNAIRE

Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCov) has been reported in China and Republic of Korea.

This form is for detecting patients early and contacting persons who might have had close contact with patients.

Please fill out correctly and clearly in "ENGLISH" with "CAPITAL and BLOCK LETTERS" and in black or blue ink. Your personal information may be shared with public health center.

Please respond to the following questions by placing a check mark (✓) in the answer box that corresponds to your response and/or fill in the blank where indicated.

Have you stayed in the following prevalent regions in the past 14 days?

China, Hong Kong, Taiwan, Korea, Australia, New Zealand, Indonesia, Singapore, Thailand, Philippines, Brunei, Viet Nam, Kosovo, Malaysia, U.S.A., Canada, Ecuador, Chile, Dominica, Panama, Brazil, Bolivia, San Marino, Iceland, Andorra, Italia, Estonia, Moldova, Austria, Netherland, Swiss, Spain, Slovenia, Denmark, Germany, Norway, Vatican, France, Belgium, Malta, Monaco, Albania, Romania, Liechtenstein, Luxembourg, Ireland, Sweden, Portuguese, Greece, Slovakia, Czech, Hungary, Finland, Poland, Latvia, Lithuania, UK, Cyprus, Croatia, Bulgaria, Romania, Armenia, Montenegro, North Macedonia, Serbia, Iran, Egypt, Israel, Democratic Republic of the Congo, Bahrain, Morocco, Cote d'Ivoire, Turkey, Bosnia & Herzegovina, Mauritius, Bulgaria

YES
 NO

① NAME in Full																		
	FIRST / MIDDLE NAME																	
② NATIO- NALITY																		
								③ PASSPORT No.										
④ Sex	<input type="radio"/> ♂		<input type="radio"/> ♀		⑤ DATE of BIRTH					/				/		⑥ Arrival Date		
	YEAR		YEAR			YEAR		YEAR		YEAR		YEAR		YEAR				
⑦ Ship's Name								⑧ SEAT/ROOM No.										
Contact Address in Japan (If transit, please write the final destination in ⑫.)															If crew, please write as such.			
⑩ PREFECTURE	⑨ TEL Without " "																	
⑪ CITY								WARD										
⑫ Street address, Hotel name, etc.																		
⑬ e-mail address																		

⑭ Have you had any contact with people with symptoms such as fever or cough in the past 14 days? YES NO

⑮ Have you had any contact with infected patients in the past 14 days? YES NO

⑯ Are you feeling sick? YES NO

⑰ If yes, specify symptoms (fever Cough Fatigue Other Symptoms ())

⑱ Are you taking any medications such as antipyretics, cold medicines or painkillers? YES NO

If you do not live in Japan, please answer the following questions.

Visit duration (month) (day) ~ (month) (day)

Hotel name, etc. _____

Telephone No. _____

Visit duration (month) (day) ~ (month) (day)

Hotel name, etc. _____

Telephone No. _____

home another place ()

nonuse of transportation

Mobile phone number while in Japan _____

Your schedule of departure from Japan

Departure date (year) (month) (day)

Departure airport / port name _____

Flight number / vessel name _____

Any person who gives false information may be punished according to the Article 36 of the Quarantine Act. (Imprisonment of 6 months or less, or a fine not exceeding 500,000 yen)

【QUARANTINE USE】

○発生地域滞在歴 地域()	期間()
○検疫時の状況	
体温(°C) 医薬品の使用 無・有()	
□咳 □咽頭痛 □鼻汁・鼻閉 □全身倦怠 発症時期()	
その他()	
迅速診断キット() 陰性 陽性()	
特記事項()	
検疫年月日: 年 月 日 時 分	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		
<input type="checkbox"/> 有症者	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者	<input type="checkbox"/> 乗員

令和2年4月 日
事務連絡

林弘法律事務所
弁護士 山中 理司 様

神戸検疫所
総務課庶務係長

開示文書の送付について

令和2年4月21日付けで開示決定しました文書を送付します。