

成田空港検疫所検疫課
中東呼吸器症候群(MERS)対応に係るフローチャート

Ver.R1.11.28

用語の定義

No.	用語	定義
1	MERS	中東呼吸器症候群の略称
2	MERS流行国	アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、クエート、サウジアラビア、ヨルダン
3	MERS検査対象要件	<p><u>定義1</u> 以下のア又はイに該当する者</p> <p>ア 38°C以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、かつ臨床的又は放射線学的に肺炎 ARDS等の肺病変が疑われる者であって、発症前14日以内に流行国において、MERSであることが確定した患者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴※（鼻や口等との接触（顔を舐められるなど）や、生のミルクや非加熱の肉などの摂取）がある者</p> <p>イ 発熱又は急性呼吸器症状（軽症の場合を含む）を呈する者であって、発症前14日以内に MERSであることが確定した患者を診察、看護若しくは介護していた者、MERSであることが確定した患者と同居（当該患者が入院する病室又は病棟に滞在した場合を含む）していた者又はMERSであることが確定した患者の気道分泌液、体液等の汚染物質に直接触れた者</p> <p><u>定義2</u> 以下のア、イ又はウに該当し、MERS疑似症患者の蓋然性があると判断した場合</p> <p>ア 38°C以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺炎 ARDS等の実質性肺病変が疑われる者であって、発症前14日以内に流行国に渡航又は居住していた者</p> <p>イ 発熱を伴う急性呼吸器症状（軽症の場合を含む）を呈する者であって、発症前14日以内に MERS流行国において、医療機関を受診若しくは訪問したもの、MERSであることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴※がある者</p> <p>ウ 発熱又は急性呼吸器症状（軽症の場合を含む）を呈する者であって、発症前14日以内に MERSが疑われる患者を診察、看護若しくは介護していた者、MERSが疑われる患者と同居していた者、MERSが疑われる患者の気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れた者</p>
4	MERS疑似症患者定義	MERSに感染している可能性があるとして検査を受ける者のうち、他の病因であることが明らかな場合を除き、①検査対象者定義1に該当する者 ②検査対象者定義2に該当することを疑い検疫所でPCR検査を行った結果陽性であった者
5	健康監視対象者定義	<p>出国（接触の可能性のある日が特定できる場合は当該日）後14日間、健康監視を行う者で以下の①から⑧に該当する者。</p> <p>【14日以内に流行国に滞在していた場合】</p> <p>① MERSであることが確定した者との接触歴がある者 ② ヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者</p> <p>【下記のいずれかを満たす場合（MERS流行国の滞在歴は問わない）】</p> <p>③ MERSであることが確定した患者を診察、看護若しくは介護していた者 ④ MERSであることが確定した患者と同居していた者 ⑤ MERSであることが確定した患者の気道分泌液、体液等の汚染物質に直接触れた者 ⑥ 機内等でMERS疑似症患者と接触したおそれがある者（同行者及び客室乗務員等） ⑦ 定義2のイに該当した者で、検疫所が行うPCR検査で陰性だった者（MERSであることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者のみ） ⑧ 定義1又は定義2のイに該当した者で、感染研が行うPCR検査で陰性だった者（MERSであることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴がある者のみ）</p> <p>※ヒトコブラクダとの濃厚接触歴 ⇒ 鼻や口等との接触（顔を舐められるなど）及び生のミルクや非加熱の肉等の摂取。 騎乗や胴体への接触は濃厚接触にあたらない</p>
6	MERS患者（確定例）	感染研が行うPCR検査でMERSウイルス遺伝子が検出された者 又は分離・同定によりMERSコロナウイルスが検出された者

中東呼吸器症候群(MERS)対応に係るフロー及び様式一覧

- フロー①：機内検疫における対応
- フロー②：検疫ブースで発見した際の対応
- フロー③：検査対象者への対応
- フロー④：関係各所への連絡及びPCR検査結果に伴う対応
- フロー⑤：健康監視対象者への対応
- 別紙 連絡先一覧

- 添付1：呼吸器検体採取の必要物品と採取方法 ······ <フロー①、②>
- 添付2：外部車両との待合ポイント用マップ ······ <フロー③>

- 様式1 報告書 ······ <フロー③、④、⑤>
- 様式2 調査票 ······ <フロー③、⑤>
- 様式3 健康監視対象者用指示書 ······ <フロー⑤>
- 様式4 通知書 ······ <フロー⑤>
- 様式5 健康管理カード ······ <本省より指示のあった場合のみ使用>
- 様式6 感染症法第12条第1項に基づく医師の届出（別記様式2-5）<フロー③、④>
- 様式7 検疫法第26条の3による通知 ······ <フロー④>
- 様式8 成田国際空港制限区域等臨時入構願 ······ <フロー③>
- 様式9 健康監視対象者対応票 ······ <フロー⑤>

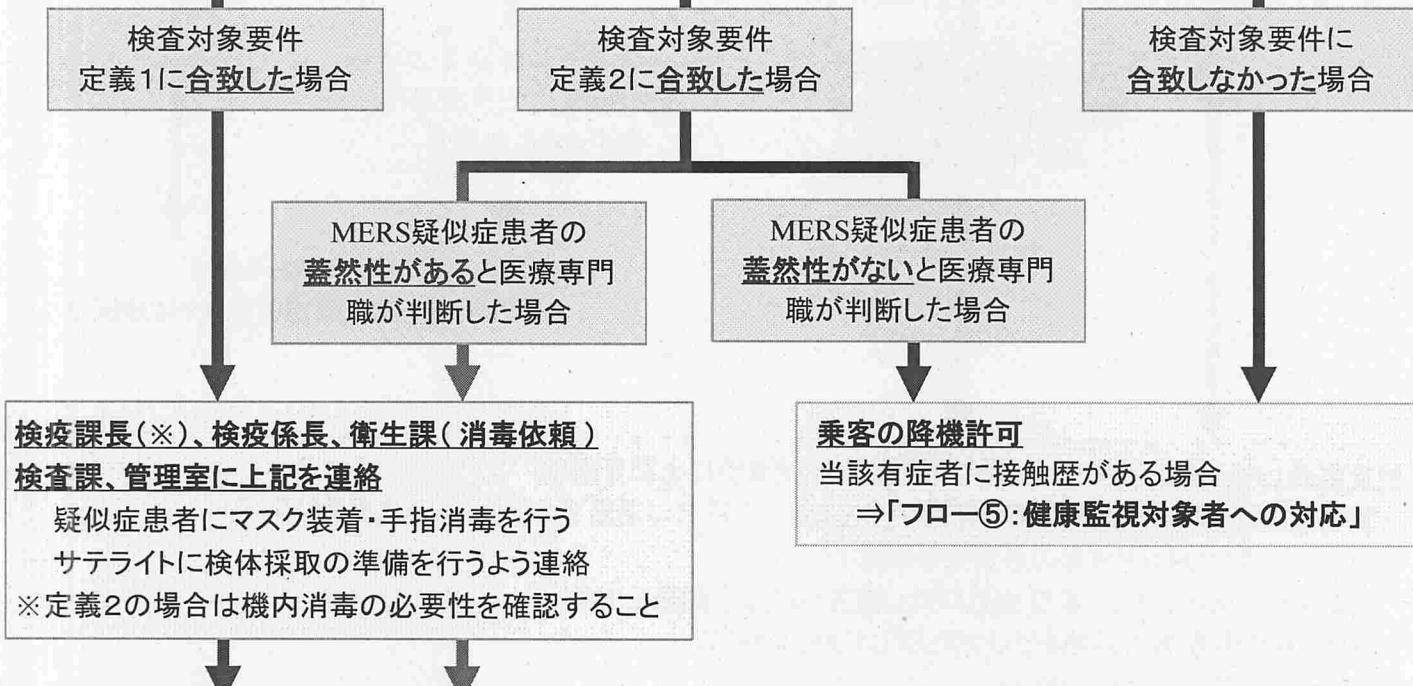
※なお、本フローにおける矢印は、以下の通り色分けされる

- 
- ... 検査対象要件定義1に該当する場合の対応フロー
 - ... 検査対象要件定義2に該当する場合の対応フロー
 - ... 検査対象要件非該当・疑似症否定時の対応フロー

フロー①：機内検疫における対応

検疫前通報により、疑似症定義にあてはまる可能性がある場合(詳細不明含む)は機内検疫を実施
MERS疑似症患者である疑いが強い場合、患者等へのマスク着用を指示の上、他の乗客と隔離するよう要請
衛生課に機内消毒の準備を依頼

「健康相談記録票」を記載させ、質問・診察を行い、検査対象要件に合致するか確認
肺炎等の臨床症状の有無、及び蓋然性の判断は必ず医療専門職の指示を仰ぐこと



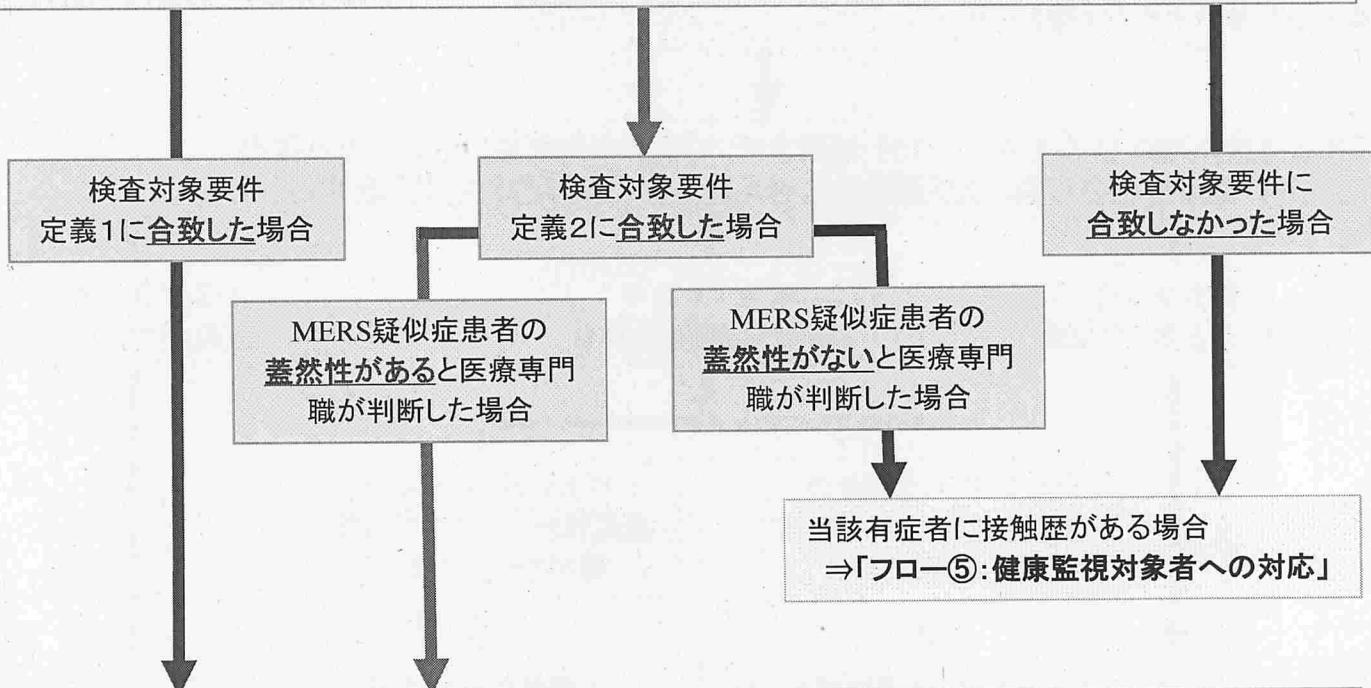
検査対象者及び客室乗務員より、以下を聞き取り特定する(下記の者以外の特定は不要)。
検査対象者と同一旅程の同行者
検査対象者に対応した乗員及び周辺座席の乗客のうち、感染したおそれがあると判断した者
<同行者等の取扱いについて>
定義1検査対象者の場合 ⇒ 「フロー⑤:健康監視対象者への対応」
定義2検査対象者の場合 ⇒ 機内で住所・氏名・電話番号等の連絡先を聴取し入国させる
(ただし、法的根拠が無いため、拒否された場合は座席番号のみ控える)
後ほど検査結果を連絡する旨伝達
自治体による健康観察等の説明はこの時点では不要

検査対象者の指示のもと、航空会社に対し乗客の降機許可及び機内への立入制限を指示
(旅客降機順 : 一般旅客 ⇒ 健康監視対象者 ⇒ 検査対象者)
同時に検査対象者の荷物をピックアップしておくよう依頼

「フロー③：検査対象者の対応」へ

フロー②：検疫ブースで発見した際の対応

「健康相談記録票」を記載させ、質問・診察を行い、検査対象要件に合致するか確認
肺炎等の臨床症状、及び蓋然性の判断は必ず医療専門職の指示を仰ぐこと
(疑わしい旅客が来室した場合には、直接検体採取室へ案内する)



検疫課長(※)、検疫係長、衛生課(消毒依頼)、検査課に上記を連絡

(管理室にはインフル簡易検査の結果が陰性であった場合に連絡するため、この時点では不要)

※定義2の場合は機内消毒の必要性を確認すること

検疫課長の指示のもと、航空会社に対し機内への立入制限を指示

同時に検査対象者の荷物をピックアップしておくよう依頼

<同行者等の取扱いについて>

ブース対応の場合、検査対象者と一緒に来室した者のみ対応。航空会社に問い合わせる必要なし

定義1検査対象者の場合 ⇒ 「フロー⑤:健康監視対象者への対応」

定義2検査対象者の場合 ⇒ 住所・氏名・電話番号等の連絡先を聴取し入国させる

(ただし、法的根拠が無いため拒否された場合は座席番号のみ控える)

後ほど検査結果を連絡する旨伝達

自治体による健康観察等の説明はこの時点では不要

「フロー③: 検査対象者の対応」へ

フロー③：検査対象者の対応

以下を説明し、様式2「調査票」を記載させる

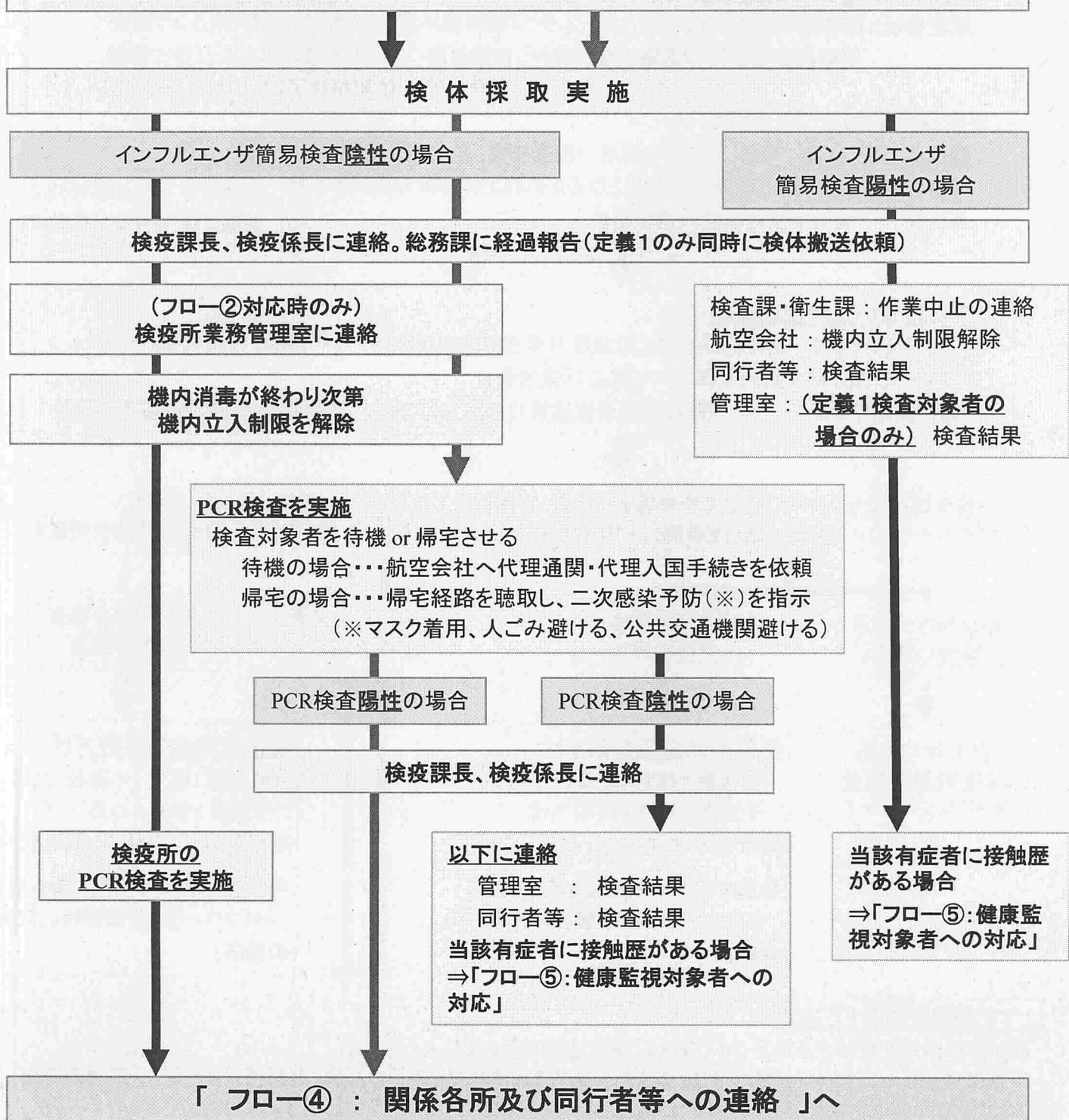
- ①検疫法に基づいて問診等が行われていること
 - ②その結果、MERSに感染していると疑われるため検査を実施すること
 - ③(定義1に該当した者又は定義2に該当し待機の同意が得られた者)

検査実施後(定義2該当者の場合は陽性判明後)は、感染症法に基づいて千葉県が指定医療機関に搬送するため、搬送後のことについては千葉県の担当者から説明があること

(定義2に該当し待機の同意が得られなかつた者)

検査結果判明後に結果についての連絡をすること、陽性であった場合には自治体へ情報提供を行うこと、その後、自治体による指定医療機関への搬送が行われること

様式3「健康監視対象者用指示書」を手交し、検査結果が陰性であった場合の対応(健康監視)について説明



フロー④：関係各所への連絡及びPCR検査結果に伴う対応

以下に連絡（別紙連絡先一覧参照。定義1の場合又は定義2で待機に同意した場合）

千葉県健康福祉部結核感染症課：疑似症患者の発生連絡、患者搬送依頼

NAA警備消防センター：パニックドアの開放、保健所患者搬送車の臨時入構願に関する連絡
(様式8「成田国際空港制限区域等臨時入構願」をFAXで提出)

印旛保健福祉センターには千葉県経由で情報伝達する取り決めのため、こちらからの連絡は不要。

架電があり次第、臨時入構願に必要な情報の収集と、患者搬送に関する打合せを行う

所長：（検疫課長から）疑似症患者の発生連絡

総務課：感染研への検体搬送依頼

管理室：検査結果報告

税関・入管（必須）、動検・植防（必要時）：疑似症患者発生のため当該旅客の手続きが遅れる旨

航空会社：携帯品申告書・バゲージクレームタグ・機内預託荷物の鍵を受取りに来るよう依頼

疑似症患者が日本国籍の場合のみ、代理通関・代理入国願の作成及び提出依頼

（フロー③で依頼が終了していれば不要）

（定義2疑似症患者の場合のみ）

疑似症患者（待機に同意しなかった場合）：検査結果、自治体に情報提供する旨

同行者等：検査結果、健康観察対象となるため自治体に情報提供する旨

自治体：健康観察対象者情報提供

健康観察：自治体が行うもの

健康監視：検疫所が行うもの



以下に書類の送付及び連絡

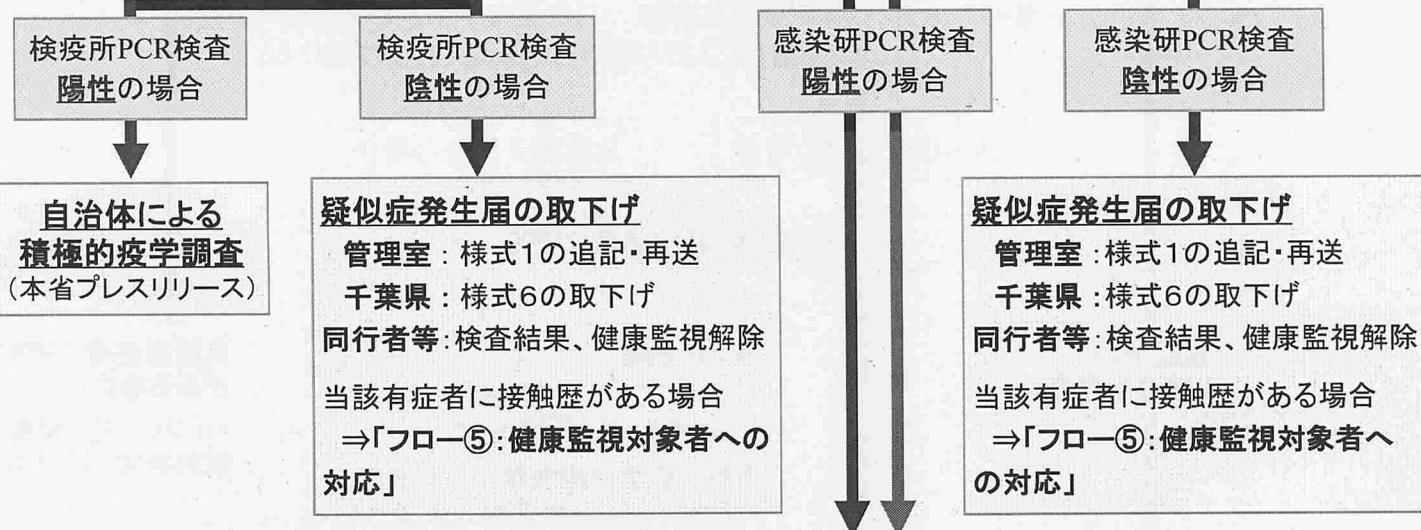
検疫所業務管理室（結核感染症課には検疫所業務管理室が連絡）⇒ （様式1「報告書」）

千葉県健康福祉部疾病対策課 ⇒ （様式1「報告書」）

印旛保健福祉センター ⇒ （様式6「感染症法第12条第1項に基づく医師の届出（別記様式2-5）」）



印旛保健福祉センターの搬送車を先導するため、官用車にて第2ゲートで待機。落ち合い次第、該当サテライトへ先導し（添付2参照）、印旛保健福祉センター職員に引継ぎを行い、疑似症患者を引渡す



以下に書類を送付し、連絡

当該者の居所を管轄する自治体 （様式7「検疫法第26条の3による通知」）

印旛保健福祉センター （様式6「感染症法第12条第1項に基づく医師の届出（別記様式2-5）」（確定の届出））

入院措置解除後は健康監視となる場合があるため、起算日及び接触歴を再確認すること

外国国籍者については、自治体から当該者の引き渡しを受け、入管にて入国手続きを行う

フロー⑤: 健康監視対象者への対応

健康監視の起算日(0日目)は出国日とするが、接触日が特定できる場合は当該日を起算日とする。
医療機関の領収書、ツアーデイ程表等、日付の記載がある書類(写し)を入手することが望ましいが、書類が無くとも、本人又は同行者が日付を明言できるのであれば、当該日を起算日とする。
(明言できない(あやふやな)場合は出国日を起算日とする。)

健康監視対象者に対し、様式2「調査票」を記載させ、様式3「健康監視対象者用指示書」を手交し、説明。

当該者を入国させる。

以下に書類を送付し連絡(※医療機関受診予定だが、受診先未定の場合もひとまず連絡し、決定後再度送付)
検疫所業務管理室(結核感染症課へは検疫所業務管理室を通じて送付) (様式1「報告書」)
自治体(健康監視対象者の居所等管轄) (様式1「報告書」)

健康監視対象者から体調の報告があった場合は、様式9「健康監視対象者対応票」に記載。
メールでの報告の場合は、上記と同様に様式9に記載し、
健康監視対象者フォルダにメールボックスフォルダを作成。受信・送信メールを保存する。

健康監視対象者の健康状態に異状が生じた場合

自治体に連絡をした上で、検疫所業務管理室に報告

検査対象要件に合致する症状の場合は(合致しない場合にも医療職等の判断で通知するには可)、
様式4「通知書」を当該患者の居所を管轄する自治体に送付の上、連絡し、検疫課長及び検疫係長に報告
対応を時系列にまとめた一覧を作成し、課内にメールするとともに、必要に応じ本省に提出

＜検査対象要件に合致しない場合＞

(官執勤務時間外での課長及び係長への報告は不要)

①症状が、発熱と急性呼吸器症状(軽症の場合を含む)に関して、検査対象要件を満たさない場合

⇒自治体に状況を伝えて受診するのであれば、受診予定医療機関との調整をしてもらう。

⇒本人には保健所から連絡があるまで受診しないように伝える。

⇒医療機関決定後、症状と受診予定医療機関名(受診の有無)を「自治体」及び「検疫所業務管理室」に報告

②症状が指示書に記載されている3つの症状に該当しない場合

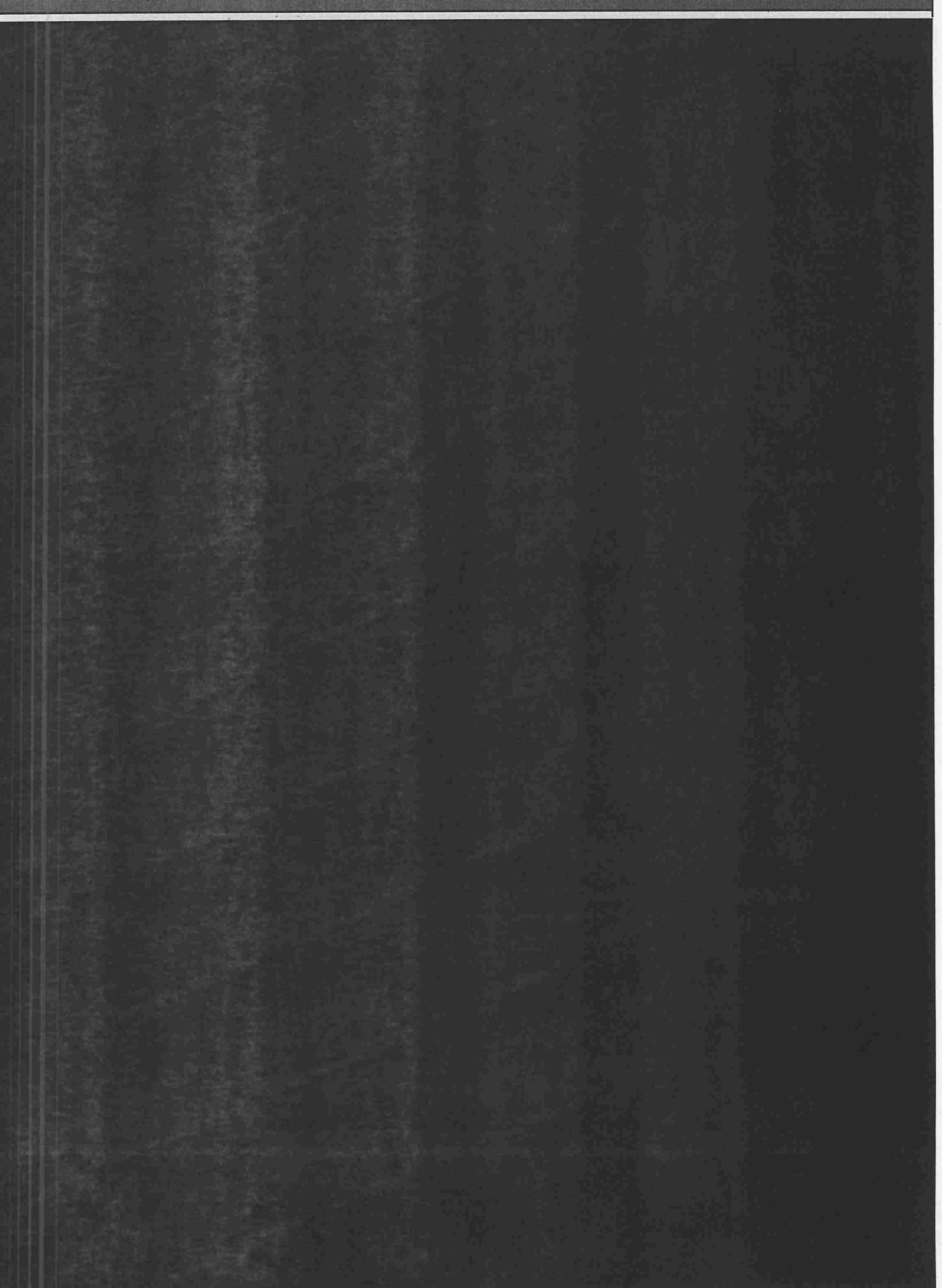
⇒自身で医療機関に「健康監視中だが受診できるか」ということを確認させ、決定後検疫所に連絡するよう伝える(自治体に医療機関の調整を委ねることは不要・受信拒否の場合は自身で保健所と相談するよう伝達)

⇒医療機関決定後、症状と受診予定医療機関名(受診の有無)を「自治体」及び「検疫所業務管理室」に報告

※どの医療機関に受診すべきかと相談を受けた場合は、居所を管轄する保健所に相談するように伝え(電話番号も伝える)、決まり次第検疫所に連絡をもらい、決定してから自治体と検疫所業務管理室に報告

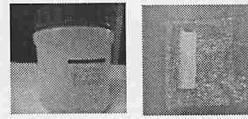
連絡先一覧

連絡先一覧



必要物品・個数

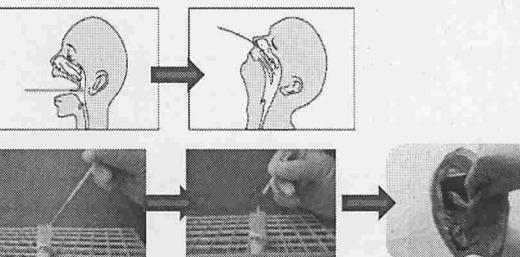
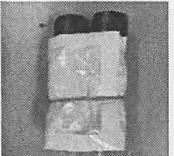
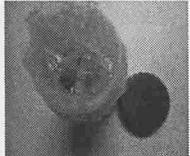
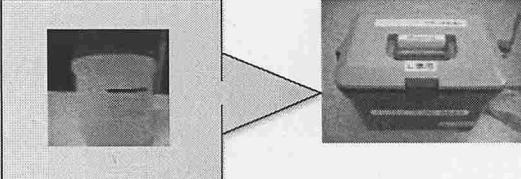
2018.4 改訂

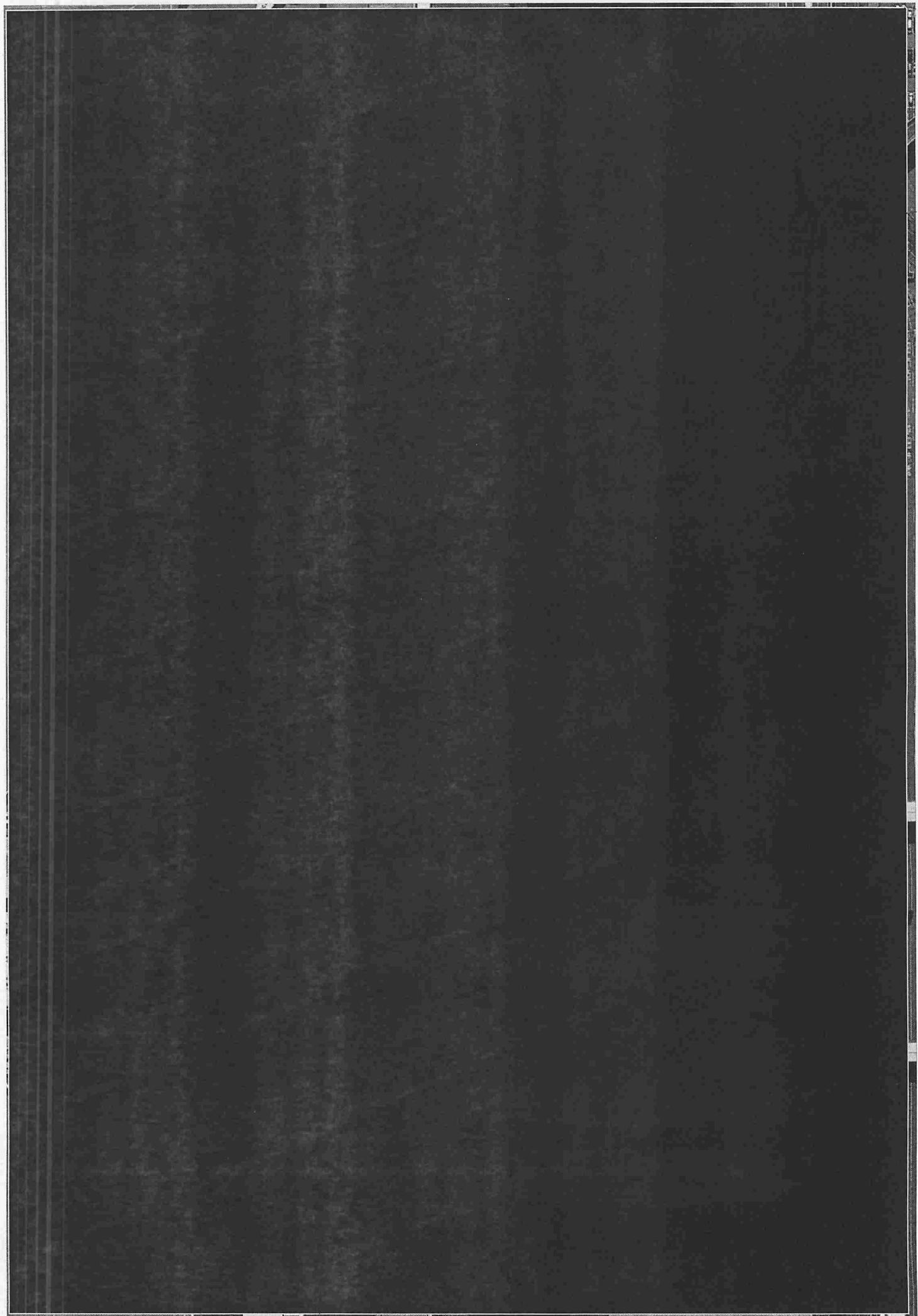
物品	MERS		新・鳥インフルエンザ		備考
	咽頭	鼻腔	咽頭	鼻腔	
スワブ		2	1	2	3 共に 鼻腔用1本は インフルエンザ 簡易キット用
一次容器 (培地)		2	/	2	2 〈提出先〉 ①検査室×1 ②感染研×1
二次容器 (吸収剤、緩衝材、ゴム含む)		2		2	鳥フルの2次容器 用のラベルには、 のど・はなの両方 に○を記入
喀痰容器		1		1	
インフルエンザ簡易キット		1		1	2018/4月より、 検査課へ結果の持 ち込みは不要。
検体ラベル		5		7	赤字のものに 貼る
タイマー		1		1	
・バイオハザード袋 ・結束バンド ・バイオハザード袋立て		1		1	袋は袋立てにセット する
検体ラック		1		1	
検体送付票*		1		1	記入後にコピーを 1部とり原本と共に 検査室へ
搬送用ボックス*		1		1	検体は検査課へ 搬送BOXごと渡す

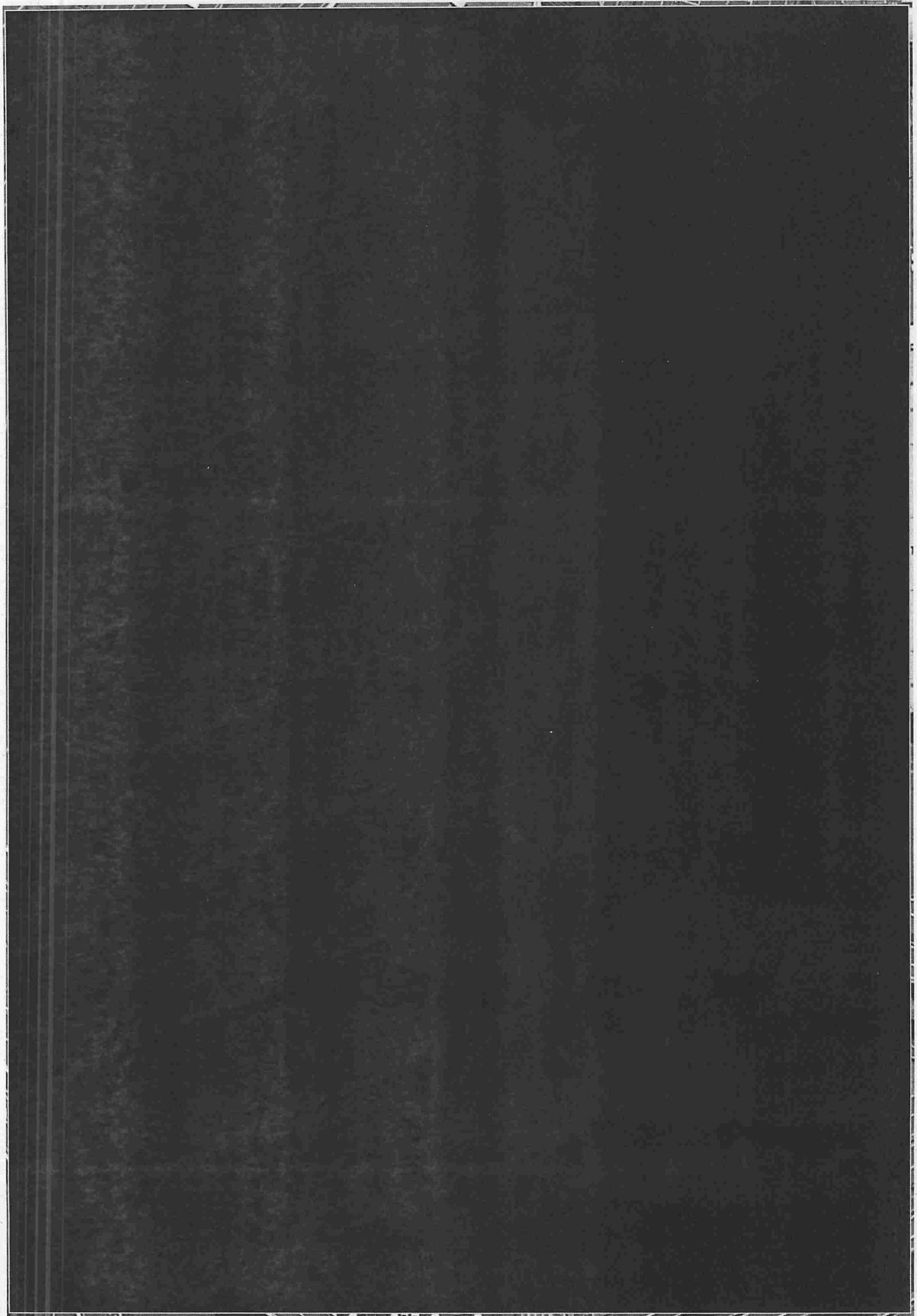
*検体採取室には入れない

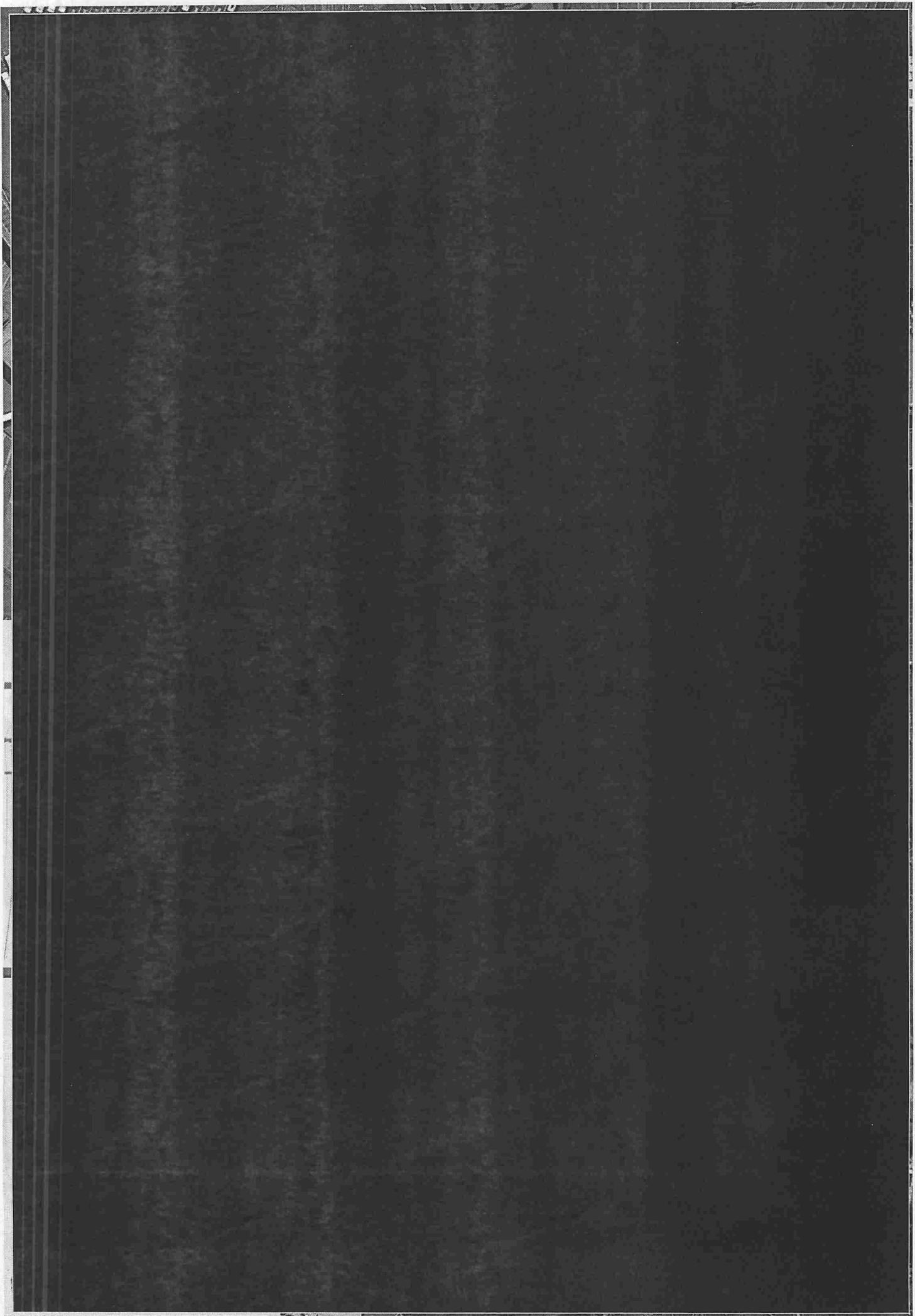
検体採取方法（咽頭・鼻腔拭い液）

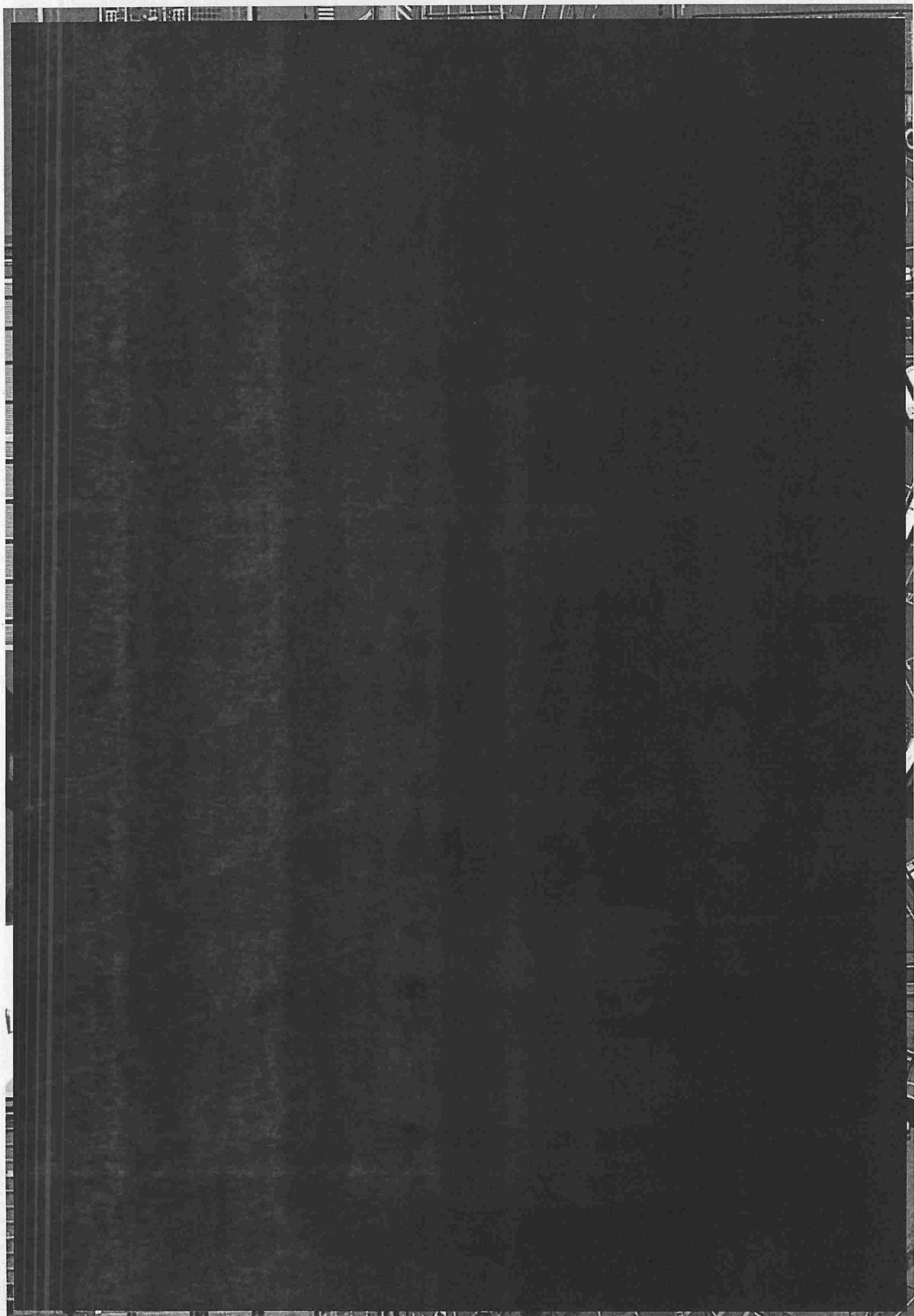
2018.4改訂

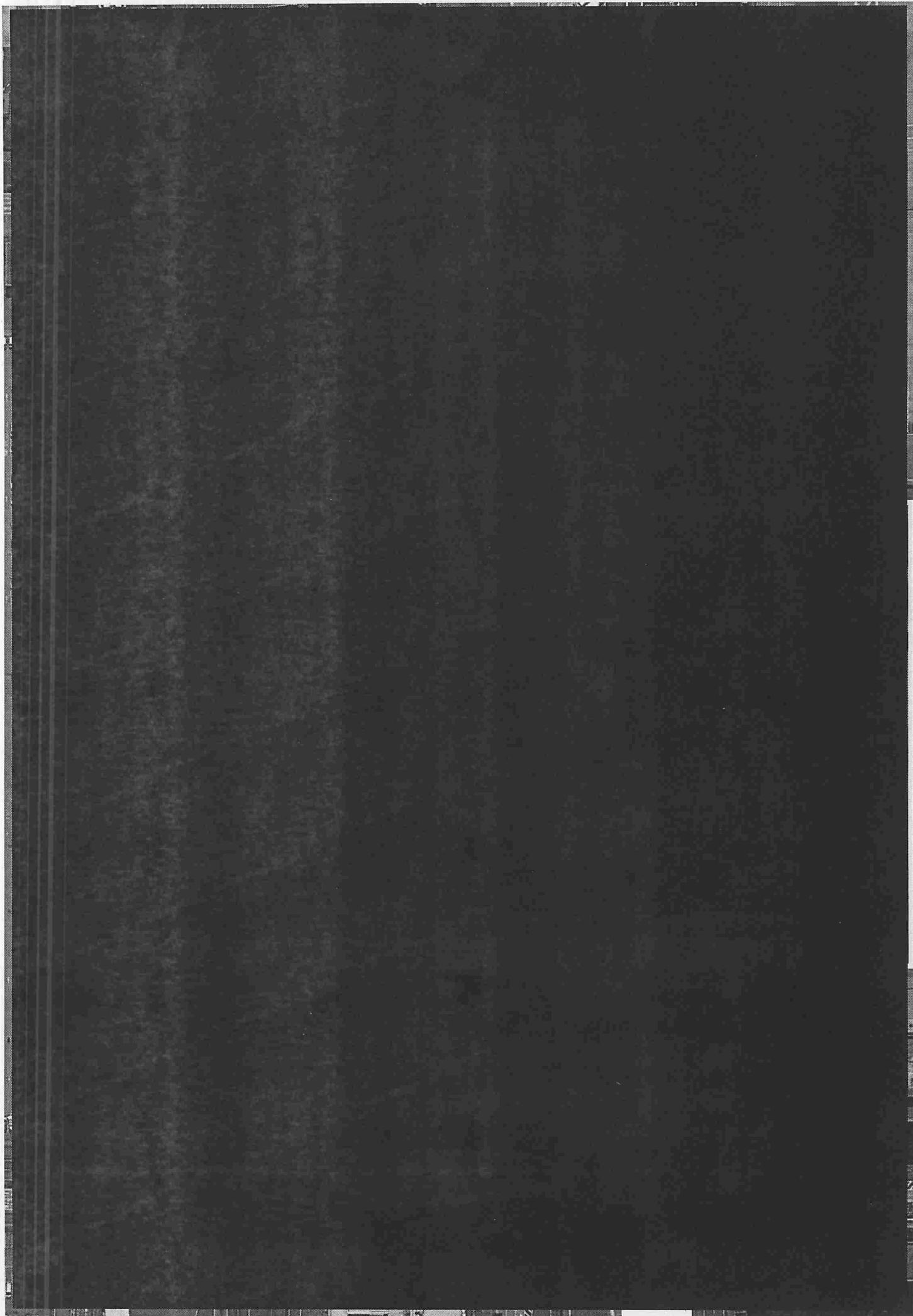
準備	<p>【介助者】</p> <p>①検体ラベルを記入。 ②一次容器、二次容器にそれぞれ貼る。</p> <table border="1"> <tr> <td>名前</td><td>ナリタ ウナリ</td></tr> <tr> <td>検体番号</td><td>Me or Av 20170310-サテ番号-1</td></tr> <tr> <td>採取時間</td><td>15:00</td></tr> <tr> <td>採取部位</td><td>（のど）はな</td></tr> </table>	名前	ナリタ ウナリ	検体番号	Me or Av 20170310-サテ番号-1	採取時間	15:00	採取部位	（のど）はな	<p>一次容器</p>  <p>二次容器</p>  <p>喀痰容器</p> 
名前	ナリタ ウナリ									
検体番号	Me or Av 20170310-サテ番号-1									
採取時間	15:00									
採取部位	（のど）はな									
<p>1 【検体採取者が実施】</p> <p>＜インフルエンザ簡易用＞ 鼻腔から検体採取し、簡易キットの実施。</p>	 <p>判定時間8分</p> 									
2	<p>【検体採取者が実施】</p> <p>①新たに必要検体を採取する。 ②採取後のスワブを培地へ入れリヌスする。 ③スワブを折り目で折る。 ※折れなければ、そのまま曲げ入れる。 ④ゴミはバイオハザード袋へ入れる。</p>									
3	<p>【検体採取者が実施】</p> <p>①一次容器に吸収剤を巻いて輪ゴムでとめる。 ②緩衝剤袋に入れ、二次容器へ入れる。</p> <p>※喀痰が出た場合は、喀痰容器1つに対して二次容器1つを使用する。</p>	<p>一次容器</p>  <p>二次容器</p> 								
搬送	<p>【介助者】</p> <p>①検体採取者から二次容器を搬送ボックスに受け取る。 ②検体送付票の記入漏れを確認しコピーする。 ③検査課へ搬送し、ボックスごと渡す。</p>	<p>検体入り二次容器</p> 								
廃棄	<p>「2」で出たゴミは感染性が高いため、結束バンドでしっかりと口を閉じペール缶へ廃棄する。 ▶室内の消毒は衛生課が行う。</p>									











検疫所業務管理室
結核感染症課
都道府県等

御中

成田空港検疫所

中東呼吸器症候群 (MERS) について

標記について、下記のとおり中東呼吸器症候群 (MERS) の（疑似症患者・健康監視対象者）に関する情報を報告します。

記

<疑似症患者・健康監視対象者について>

○〇市（区・町）在住（外国人渡航者等の場合は宿泊ホテル名及び国内の行程を記載）

→都道府県等への連絡状況（都道府県等の担当者氏名、連絡時間等）

氏名：

国籍：（外国人渡航者等の場合は、使用言語を併せて記載）

性別：○性

年齢：○歳

住所：

電話番号：

職業：

搭乗者区分：（外務省ルート、サーモグラフィー、検疫官による呼びかけ、自己申告（機内アナウンス、ポスター、渡航前の事前情報）、その他（自由記載））

基礎疾患：

国内の移動方法：公共交通機関を使用（具体的に）

<旅行ツアー>

内容：（ヒトコブラクダに乗るプラン等が組まれていたか。）

旅行会社名：（ヒトコブラクダに乗るプラン等が組まれていた場合に記載。）

旅行会社の連絡先：（旅行会社が国内の会社の場合に限る。）

旅行会社からの説明：（事前の説明に①及び②が含まれていたか。）

①中東諸国への旅行者に対し、中東呼吸器症候群 (MERS) 感染の主要な動物感染源はヒトコブラクダと考えられており、ヒトコブラクダへの接触や未殺菌の乳や肉の喫食により MERS に感染する可能性があること。

②中東諸国への旅行者に対し、中東諸国においてヒトコブラクダへの接触や未殺菌の乳や肉を喫食した場合又は医療機関を受診した場合は、帰国時に必ず検疫官に申し出ること。

<同行者の有無>

<渡航先等>

○○. ○○～○○. ○ サウジアラビア

○○. ○○～○○. ○ カタール

○○. ○○～

<ME R Sが疑われる患者又はヒトコブラクダとの接触内容>

日時：○. ○ ○

場所：

内容：（医療機関の受診、訪問歴。M E R S確定患者との接触、ヒトコブラクダとの濃厚接触（例：ヒトコブラクダに乗った、未殺菌乳の喫食、加熱が不十分な肉の喫食等）

<健康監視期間>

令和〇年〇月〇日まで

<症状の経過等（分かる限りで）>

R〇. ○. ○～（症状・発症日）

R〇. ○. ○～（症状・発症日）

現在の症状（分かる限り細かく）：

<健康相談記録内容>

（問診内容、疑似症患者又は健康監視対象者への伝達事項）

<検査実施の有無>（他に疑われる感染症等の検査結果を含む）

有 検査開始時間 ○○：○○ 検査結果判明予定時間 ○○：○○

→（検査判定日時及び検査結果を記載）

無

<航空機の情報>

便名

発航地

到着日及び時間

検疫開始時間

乗員・乗客 ○名・○○名

座席番号

機内アナウンスの有無

様式2

調査票

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第（平成10年法律第114号）第15条の積極的疫学調査及び検疫法第18条第2項に規定する健康監視に使用します。正確に太枠内を記入してください。

ふりがな 氏名：	年齢： □男 □女	職業：	国籍：
MERSが疑われる患者、又は、ヒトコブラクダと濃厚に接触した可能性がありますか。 □いいえ □はい→詳細を以下に記入してください。			
国・地域名： 接触の状況を具体的に：			
日本国内における住所・滞在先（滞在の場合は下欄に本日から 日間の連絡先を記入してください。）			
住所	都道府県 市区町村		
	電話：	携帯電話：	
本日から 日間の宿泊先・ 出国予定	滞在期間	宿泊先又は連絡先	
	月 日～月 日	宿泊先： 所在地： 都道府県	市区町村 電話：
	月 日～月 日	宿泊先： 所在地： 都道府県	市区町村 電話：
	月 日～月 日	宿泊先： 所在地： 都道府県	市区町村 電話：
	日本出国予定日： 年 月 日	出国空港：	空港 便名：
旅行代理店	今回の旅行は旅行代理店等が企画又は仲介していますか。 □いいえ □はい→詳細を以下に記入してください。		
	旅行代理店名・支店名等	日本における電話：	
	ツアーナン：		
この調査票の内容は検疫及び国内の感染症対策の目的以外には使用しません。 なお、検疫法第36条第7号の規定により、質問に回答しなかった場合又は虚偽の申告をした場合は、6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処されることがあります。			
検疫所記入欄			
検疫時の体温	℃	解熱剤使用 無・有	薬剤名
主な症状	□咳	□その他の呼吸器症状	□全身倦怠
□その他 ()			
その他特記事項			
検疫年月日： 年 月 日 便・船名：			
検疫所名：成田空港検疫所		担当者名： 調査票番号：Me	

Questionnaire

This questionnaire is used for proactive epidemiological investigation, and for health surveillance, as stipulated under the Article 15 and Paragraph 2 of Article 18 of the Act on Prevention of Infectious Diseases and the Medical Care of Infectious Patients (Act NO. 114, 1998) respectively.

Please fill in the items in the thick frame accurately.

Name :		Age :	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Nationality :
Occupation :					
Did you have a close contact with camels or (suspected) MERS patients by any chance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes → Fill out the details below.					
Countries and Regions :					
Specific Condition of Contact :					
Address and Accommodation (Your contact information while in Japan for the next _____ days)					
Address:		Pref.:	City:		
Phone Number :		Mobile Number:	E-mail:		
Your scheduled trip to both inside and outside Japan for the next 14 days					
Duration of Stay		Contact Information (Use the reverse side if more space is needed)			
Month/Day / ~ /		Phone Number :			
		Hotel, apartment, etc:			
		Country:	Region:	City:	Postal Code:
Month/Day / ~ /		Phone Number :			
		Hotel, apartment, etc:			
		Country:	Region:	City:	Postal Code:
Month/Day / ~ /		Phone Number :			
		Hotel, apartment, etc:			
		Country:	Region:	City:	Postal Code:
Scheduled Date of Departure from Japan:			Departure Airport :		
Flight Number :					
Transportation from Narita Airport to your accommodation while in Japan (Please turn over)					
※Please make sure to write in detail					
Example: Narita APT(ANA1234) → Sendai APT(JR) → Sendai Sta. (on foot) → home / pickup by car					

The content of this questionnaire will only be used for the purpose of quarantine operation and infectious disease control.

As stipulated under Item 7, Article 36 of the Quarantine Act, failing to report or reporting falsely can result in imprisonment of up to six months, or a fine of up to 500,000 yen.

検疫所記入欄 (裏面)

検疫所記入欄

検疫時の体温	°C	解熱剤使用 無・有	薬剤名	時間前使用
主な症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> その他の呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他特記事項				
検疫年月日： 年 月 日 便・船名：				
検 疫 所 名：成田空港検疫所 担当者名：			調査票番号：Me	

健康監視対象者用指示書

あなたは、検疫法第 18 条第 2 項に規定する健康監視の対象となります。本日から

令和 年 月 日までの間、次の項目を守ってください。

- (1) マスクを着用し、できるだけ人ごみを避けるようにしてください。
- (2) 毎日 2 回（朝起床時、16 時頃）体温を測り、10 時・17 時を目途に下記の連絡先に連絡してください。
- (3) 体温が 37.5 度以上になったり、激しい咳が出たり、呼吸が苦しくなったら、ただちに 下記の検疫所に連絡するとともに、検疫所からの連絡を受けた保健所の指示があるまでは、他者への感染のおそれがありますので、絶対に直接医療機関に行かないでください。
- (4) 検疫所からもあなたの体調について、確認の電話をする場合がありますので正確にご報告ください。

記

連絡先： 厚生労働省 成田空港検疫所 電話：0476-34-2310

調査票番号： Me

※検疫所からもあなたの体調について定期的に確認の電話をします。

注）検疫法第 18 条第 2 項に規定する健康状態の報告要請です。正確に報告してください。なお、報告しなかった方又は虚偽の報告をした方は、検疫法第 36 条第 7 号の規定により 6 か月以下の懲役又は 50 万円以下の罰金に処されることがあります。

～ お願い ～

健康監視期間中に医療機関を受診する場合は、どんな症状であっても、また、人間ドック等の健診の場合も、直接、医療機関に行くことは控えてください。まずは、検疫所までご連絡をお願いします。

連絡先：成田空港検疫所 検疫課

☎：0476-34-2310

(06時00分～23時30分迄)

※緊急の場合は、上記以外の時間帯でも構いません。

日本語版と併用すること

Directions for Person who is Subject to Surveillance

Your health status will be subject to surveillance as prescribed in Paragraph 2, Article 18 of the Quarantine Act. Please follow the instructions below until / / from today.

month day year

- (1) Wear a mask, and avoid crowded places.
- (2) Take your temperature twice a day (one after waking up and the next around 4:00pm), and report to us at the number or E-mail below around BOTH 10am and 5pm.
- (3) Notify the Quarantine Station immediately, if you have fever of 37.5°C or higher, severe cough or difficulty breathing.
DO NOT go to a clinic/hospital directly until you receive further instructions from the public health center (Hoken-jo) notified by the quarantine station, in order to prevent the spread of infection to others.
- (4) When the Quarantine Station calls you regarding your health status, your accurate report is requested.

Contact: Narita Airport Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare
Phone: 0476-34-2310 E-mail: narita-keneki@keneki.go.jp

Registration number: Me

※The quarantine station may call you regarding health status.

Notice: This is a request for report of physical condition as prescribed in Paragraph 2, Article 18 of the Quarantine Act. Please report accurately. Any person, who has failed to comply or reported falsely, shall be jailed for up to six months or fined up to five hundred thousand yen stipulated in Paragraph 7, Article 36 of the Quarantine Act.

様式4

通 知 書

令和 年 月 日

(都道府県知事、保健所設置市市長、特別区区長)

殿

成田空港検疫所長

下記の MERS の健康監視対象者について、検疫法第18条第2項の規定に基づく帰国後の健康状態の報告を求めていたところ、健康状態に異状を生じたことを確認したので、同法第18条第3項の規定に基づき次のとおり通知します。

記

ふりがな	国籍：
氏名： 年齢： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

当該者の国内における居所、連絡先、渡航先、検疫時の状況等については、別添の調査票（又は健康状態質問票）を参照してください。

入国後の状況	当該者に指示した事項、感染症のまん延防止・医療に必要な事項等
	確定のための検査 国立感染症研究所へ・依頼中 ・結果() 検体番号：
	入国後 年 月 日の健康状況 体温 °C
	その他特記事項
参考	当該者の濃厚接触者 無・有

当該者の調査票番号：

中東諸国で中東呼吸器症候群（MERS）が 発生しています

※ 主な流行国：アラブ首長国連邦、イエメン、オマーン、カタール、
クウェート、サウジアラビア、ヨルダン

☆ MERS は、新しい種類のコロナウイルスによる感染症です。感染すると高熱や咳、
息切れといったインフルエンザのような症状が出ます。特別な治療法はなく患者
の症状に合わせて治療を行うことになります。

☆ MERS の流行国に滞在していた方は、本日から 14 日間、健康状態に留意し、以下
のように行動してください。

○ マスクの着用

MERS は、現時点では持続的なヒトからヒトへの感染は確認されていませんが、
咳などの症状がある場合には、マスクを着用してください。

○ 健康状態の確認

- 毎日の体温測定による発熱の有無
- 激しい咳や呼吸が苦しくなるなどの呼吸器症状の有無

○ 体調が悪くなったときの対応

発熱や咳など急性呼吸器症状がみられた場合には、事前に保健所に連絡の上、
中東諸国に滞在していたことを告げて保健所の指示に従ってください。

医療機関を受診する際はこの紙を医療機関に示してください。

厚生労働省 成田空港検疫所

TEL : 0476-34-2310

中東呼吸器症候群 (MERS) 発生届

殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日

医師の氏名 _____ 印 _____
 (署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地（※） _____

電話番号（※） _____

（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検査）した者（死体）の類型					
・患者（確定例） ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢（0歳は月齢）	6 当該者職業	
	男・女		歳		
7 当該者住所	電話 電話				
8 当該者所在地	電話 電話				
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話				

11 症 状	・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・下痢 ・重篤な肺炎 ・多臓器不全 ・急性呼吸窮迫症候群 ・その他 () ・なし	18 感染原因・感染経路・感染地域	
		①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ） 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ） 3 ヒトコブラクダその他の動物からの感染 (動物の種類・状況：) 4 その他 ()	
12 診 断 方 法	・検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出 検体（鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、 咳痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他： ） ・分離・同定による病原体の検出 検体（鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、 咳痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料、その他： ）	②感染地域（確定・推定） 1 日本国内（都道府県 市区町村） 2 国外（ ） 詳細地域（ ）	
		19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
13 初診年月日			
14 診断（検査）年月日			
15 感染したと推定される年月日			
16 発病年月日（*）			
17 死亡年月日（※）			

この届出は診断後直ちに行つてください

(1, 3, 11, 12, 18欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。)

(※) 欄は、死亡者を検査した場合のみ記入すること。 (*) 欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

11, 12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

殿

成田空港検疫所長
(公印省略)

検疫法第26条の3の規定により、次のとおり通知する。

1 フ リ ガ ナ 氏 名		年 齡 歳
2 職 業 住 所		TEL:
3 保護者の氏名・住所(当該者が未成年の場合) 氏名 住所		
4 感染症の名 称 及 び 症 状	5 診断方法 より	
6 所 在 地		
7 初診年月日 診断年月日	8 感染推定年月日 発病推定年月日	
9 感染した又は推定される 原 因 感 染 経 路 感染した地域		
10 発見した検疫所 名 称 所 在 地 電話		
11 その他感染症のまん延防止、医療に必要な事項		

令和 年 月 日

成田国際空港株式会社

警備消防センター 御中

成田空港検疫所

成田国際空港制限区域等臨時入構願

検疫感染症患者の搬送のために、以下の車両を臨時入構させることを許可願
います。

搬送日時： 令和 年 月 日 時 分 入構予定

使用 PTB： 1 PTB・2 PTB・3 PTB

所属：

自動車登録番号：

運転者 氏名：

住所：

生年月日： 昭和 平成 年 月 日

連絡先（携帯）：

（同乗者がいる場合は別紙に記載）

患者 氏名：

（同行者がいる場合は別紙に記載）

成田空港検疫所 検疫課

連絡先：0476-84-2310

担当：

(別紙)

入構自動車同乗者

氏名：

住所：

生年月日： 昭和 平成 年 月 日

患者同行者

氏名：

健康監視対象者対応票(成田空港検疫所)