

鳥インフルエンザA(H5N1又はH7N9)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 | 鳥フル | 鳥インフルエンザA(H5N1又はH7N9)の略 |
| 2 | 鳥フル患者 発生国 | <p>以下の国に滞在(その国への入国を指し、空港トランジットは含まない。)していた者が対象。</p> <p>H5N1: バングラデシュ、カンボジア、中国(香港・マカオ含む)、インドネシア、ラオス、ミャンマー、パキスタン、タイ、ベトナム、アゼルバイジャン、イラク、トルコ、エジプト、ナイジェリア、ジブチ</p> <p>H7N9: 中国(香港・マカオ含む)</p> |
| 3 | 要観察例 | 鳥フルに感染している可能性がある者として、検査を受ける者。 |
| 4 | 要観察例定義 | <p>以下の条件1及び2を満たす者。</p> <p>条件1: 発熱38℃以上(解熱剤使用時※は全身倦怠感等)及び急性呼吸器症状がある。</p> <p>条件2: 以下の①又は②のいずれかを満たす。</p> <p>① 10日以内に鳥フルに感染している又はその疑いのある鳥(死体を含む。)と濃厚接触歴(糞便・羽の吸引や死体・臓器への直接接触など)がある。</p> <p>② 10日以内に鳥フル患者又はその疑いのある者と濃厚接触歴(通常環境下では飛沫の飛散距離である2m以内を目安とする。)がある。</p> <p>※成田空港検疫所での運用においては、「解熱剤使用」は「服用後6時間以内」を基準とし、判断が困難な場合は医療専門職に相談することとする。</p> |
| 5 | 健康監視対象者 | <p>・要観察例(当所のPCR検査結果がA(－)かつH1, 3, 5, 7のいずれも(－)の者。)</p> <p>・要観察例定義の条件1は満たさず、条件2のみ満たす者。</p> |
| 6 | 疑似症患者 | 当所のPCR検査結果がA(+)かつH5(+)又はA(+)かつH7(+)の者。 |
| 7 | 確定患者 | 感染研で行うPCR検査でH5N1又はH7N9が検出された者。 |
| 8 | 鳥フルに感染している(又はその疑いのある)鳥 | <p>H5N1: 鶏、あひる、七面鳥、うずら</p> <p>H7N9: 鶏、あひる、ハト</p> |

鳥インフルエンザA(H5N1又はH7N9)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：要観察例への対応
- フロー④：健康監視対象者への対応
- 連絡先一覧

○別添1：インフルエンザ検体採取 必要物品 <フロー③>

- 様式1：調査票 <フロー①、③、④>
- 様式2：健康監視対象者用指示書 <フロー①、③、④>
- 様式2（別紙）：指示書の説明書 <フロー①>
- 様式3：通知書 <フロー④>
- 様式4：健康管理カード <フロー①、③>
- 様式5：本省報告書 <フロー③、④>
- 様式6：自治体報告書 <フロー③、④>
- 様式7：感染症法第12条第1項に基づく医師の届出（別記様式2-6） <フロー③>
- 様式8：検疫法第26条の3による通知 <フロー③>

フロー①: 機内検疫における対応

- ・検疫前通報により、要観察例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。
- ・要観察例の疑いがある場合には、患者等へのマスク着用を指示の上、できる限り他の乗客と隔離するよう要請。
- ・併せて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、要観察例定義に合致するか確認。

要観察例定義に合致した場合

検疫課長、検疫係長、検疫所業務管理室、衛生課（機内消毒）及び検査課に連絡。

サテライトへ乗客配付用の
「様式4: 健康管理カード」を用意しておくよう指示。

有症者及び客室乗務員より、以下を聞き取り特定する。

- ① 同一旅程の同行者
- ② 2m以内の範囲等に搭乗着座していた乗客
- ③ 要観察例に対応した乗員

要観察例にマスクの着用及び手指消毒（ワンショットプラス）の上、健康相談室の診察部屋へ案内（1ビルは1サテ、5サテに案内）。
⇒「フロー③: 要観察例への対応」へ

同一旅程の同行者が特定された場合は、検疫課長に連絡し、検疫課長の指示により、乗客の降機許可を出す（「様式4: 健康管理カード」をブースで配布）。

同行者等（上記①～③）には「健康相談記録票」を記載させ（健康相談室に来室後でも可）、健康相談室へ案内し、様式1:「調査票」を記載させたいえ、
「様式2: 健康監視対象者用指示書」及び「様式2（別紙）（指示書の説明書）」を渡し、説明後、帰宅させる。
検査結果判明までに最長十数時間かかることを説明し、それまでの居所及び連絡先を聞き取ること。
⇒健康監視となった場合は「フロー④: 健康監視対象者への対応」を参照すること。
⇒健康監視にならなかった場合も本人に連絡すること。

検疫所の許可があるまで、機内の立入を制限することを航空会社に指示。
※機内の消毒が終わり次第、立入を許可。

要観察例定義に合致しなかった場合
（条件2に該当しない者であっても、必要に応じ、本人の同意を得て、質問、診察、又は健康監視により対応するものとする。）

乗客を降機させる。

健康監視対象者定義に合致する場合は、
⇒「フロー④: 健康監視対象者への対応」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、要観察例定義に合致するか確認。
(発熱があり、要観察例定義の条件2に合致している場合、医療専門職を呼ぶこと。)

要観察例定義に合致した場合

検疫課長、検疫係長、検疫所業務管理室、
衛生課及び検査課に連絡。

要観察例定義に合致しなかった場合
(条件2に該当しない者であっても、必要に応じ、
本人の同意を得て、質問、診察、又は健康監視により
対応するものとする。)

健康監視対象者定義に合致する場合は、
⇒「フロー④: 健康監視対象者への対応」へ

以下のとおり感染防止を強化した対応を行う。

- ・来室者を診察部屋に案内(1ビルは1サテ、5サテに案内)し、対応スペースを限定。
- ・対応者を限定し、対応者はアイソレーションガウン等を着用。
- ・事後はアイソレーションガウン、手袋を着用して健康相談室を消毒。

検疫所の許可があるまで、機内の立入を制限することを航空会社に指示。
※機内の消毒が終わり次第、立入を許可。

⇒「フロー③: 要観察例への対応」へ

フロー③：要観察例への対応

様式1:「調査票」を記載させる。

医療専門職による診察により検査決定した後、検査課へ連絡。
中央不在時は、サテライトから検疫所業務管理室へ経過報告すること。

検体を採取(別添1参照) → 検査課に検体搬送。

様式2:「健康監視対象者用指示書」及び様式4:「健康管理カード」を渡し、説明。
※PCR検査結果によっては健康監視対象とならないことがあることに留意(下フロー参照)。
検査結果判明までに最長十数時間かかることを説明し、それまでの居所及び連絡先を聞き取ること。

患者紹介連絡票及び健康相談記録票(写)を同封した封筒を渡す(医療機関用)。
※入国後、検査結果判明までに医療機関への受診を希望する場合は、検疫所に連絡してもらい、自治体からの連絡を待つよう指示。検疫所から自治体に連絡すること。

以下に書類を送付し、連絡。
・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5「本省報告書」)
・健康監視対象者の居所等を管轄する地方自治体(様式6「自治体報告書」)

当該者に感染拡大防止策(マスク着用、手指消毒、人込みを避ける)をとるよう指示し、入国させる。
(当該者が重症の場合は、成田市消防に搬送依頼を行う。)

検疫所でのPCR検査結果

⇒様式5、6に結果を追記して検疫所業務管理室、自治体に書類を送付し、連絡。

A(+)かつH5(+)又は
A(+)かつH7(+)の場合
(疑似症患者となる)

A(+)かつH1,3,5,7の
いずれも(-)の場合

A(+)かつH1(+)又は
A(+)かつH3(+)の場合

A(-)かつH1,3,5,7のい
ずれも(-)の場合
(健康監視対象者となる)

印旛保健福祉センターに
様式7:「医師の届出」をFAXで送付し、連絡。

感染研(検体搬送)でのPCR検査結果
⇒様式5、6に結果を追記して
検疫所業務管理室、自治体に書類を送付し、連絡。

H5N1又はH7N9の場合
(確定患者となる)

H5N1・H7N9以外の亜型の場合

季節性インフルとして対応(本人に連絡。)

本人に連絡。
⇒「フロー④:健康監視対象者へ
の対応」を参照する。

印旛保健福祉センターに様式7を
取り下げる旨の連絡(電話連絡で可)。

・当該者の居住地(居住地が明らかでない場合は現在地)を管轄する保健所に
様式8:「検疫法第26条の3による通知」を送付し、連絡。
・印旛保健福祉センターに様式7:「医師の届出」(確定の届)を送付し、連絡。

フロー④: 健康監視対象者への対応

健康監視対象者に対し、**様式1「調査票」**を記載させ、
様式2:「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。

- ・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5「本省報告書」**）
- ・健康監視対象者の居所等を管轄する地方自治体（**様式6「自治体報告書」**）

健康監視対応

出国日を起算日(0日目)として、10日間の健康監視を行う(自己申告を促しつつ、当所からも定期的に確認)。

健康監視対象者の健康状態に異状が生じた場合

自治体に連絡をするとともに検疫所業務管理室に報告。

要観察例定義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による通知は可)、
様式3「通知書」を当該患者の居所を管轄する自治体に送付するとともに連絡し、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。

<要観察例定義に合致しない場合>

(官執勤務時間外での課長及び係長への報告は不要)

- ①症状が健康監視対象者用指示書に記載されている3つの症状(「38度以上」、「激しい咳」、「呼吸が苦しい」)のいずれかの場合

⇒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。

※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

平成31年4月16日版




連絡先一覧

連絡先一覧

The image shows a dark, textured book cover, likely black or very dark grey. The texture appears to be a fine, grainy pattern. On the right side, there is a vertical strip of a lighter, possibly white or light grey, material, which could be a spine reinforcement or a decorative element. The overall appearance is that of a hardcover book.

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

- 【介助者】
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。

| | |
|------|--------------------------|
| 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 |

一次容器



喀痰容器



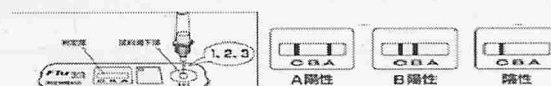
二次容器



1

【検体採取者が実施】

＜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。

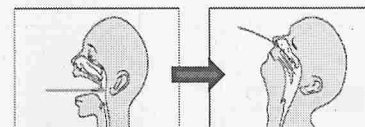


判定時間8分

2

【検体採取者が実施】

- 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ンスする。
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。



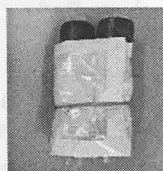
3

【検体採取者が実施】

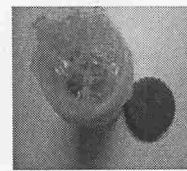
- ①一次容器に吸収剤を巻いて輪ゴムでとめる。
②緩衝剤袋に入れ、二次容器へ入れる。

※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。

一次容器



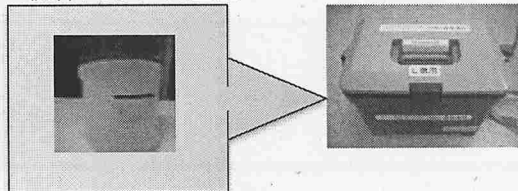
二次容器



搬送

- 【介助者】
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。

検体入り二次容器



廃棄

- 「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。

調査票

検疫法第18条第2項に規定する追跡調査に使用します。正確に太枠内を記入してください。

| | | | | | |
|--|---|--------------------|---|-----------|-----|
| ふりがな 氏 名： | | 年齢： | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 職業： | 国籍： |
| 病気にかかっているおそれのある鳥(死体を含む)、又は、鳥インフルエンザ患者（疑い者を含む）と濃厚に接触した可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→詳細を下記に記入してください。 | | | | | |
| 国・地域名： | | | | | |
| 接触の状況を具体的に： | | | | | |
| 住所 | 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。） | | | | |
| | 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または仲介していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→詳細を下記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： | |
| | ツアー名： | | | | |

この調査票の内容は検疫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 | ・ | 時間前使用 |
| 主な症状 <input type="checkbox"/> 激しい咳 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 呼吸促迫 <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：Av | | |

| | | |
|--|------------|---------------|
| 抗インフルエンザウイルス薬予防投薬 | なし・あり（薬名・量 | 年 月 日開始 |
| 昨冬季節性インフルエンザウイルスワクチン接種歴 | なし・あり（ | 年 月 日） |
| 昨冬季節性インフルエンザ罹患歴 | なし・あり（ | 年 月 日） |
| 身長（ ）cm 体重（ ）kg | | |
| 糖尿病 | なし・あり | |
| 呼吸器疾患（喘息・COPD等） | なし・あり（具体的に | ） |
| 心疾患 | なし・あり（具体的に | ） |
| HIVその他の免疫不全（免疫抑制剤使用含む） | なし・あり（具体的に | ） |
| 悪性腫瘍（がん） | なし・あり（具体的に | ） |
| 妊娠 | なし・あり（妊娠 | 週） |
| 喫煙 | なし・あり（ | 歳から 本/日） |
| その他 | なし・あり（具体的に | ） |
| その他 | なし・あり（具体的に | ） |

Questionnaire

This questionnaire is used for the follow-up purpose, as stipulated under Paragraph 2, Article 18 of the Quarantine Act. 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 sick or dead birds, or (suspected) bird flu 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 21 days) | | | | | | | |
| Address: | | | | Pref.: | | City: | |
| Phone Number : | | Mobile Number: | | E-mail: | | | |
| Emergency Contact Information (Family member, workplace etc.) | | | | | | | |
| ①Phone Number: | | | | Relationship: | | | |
| ②Phone Number: | | | | Relationship: | | | |
| Your scheduled trip to both inside and outside Japan for the next_____ 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 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. 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

| | | | | | | |
|---|---|-------|-------|-----|-----------|-------|
| 検疫時の体温 | ℃ | 解熱剤使用 | 無・有 | 薬剤名 | ・ | 時間前使用 |
| 主な症状 <input type="checkbox"/> 激しい咳 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 呼吸促迫 <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: Av | |

| | | | | |
|---|-----------------|---|-------|--------|
| 抗インフルエンザウイルス薬予防投薬 | なし・あり (薬名・量 | 年 | 月 | 日開始 |
| Anti-influenza virus drug | No / Yes (Name | Started; year month date) | | |
| 昨冬季節性インフルエンザウイルスワクチン接種歴 | なし・あり (| 年 | 月 | 日) |
| Use of seasonal flu vaccine last winter | No / Yes | (Year | Month | Date) |
| 昨冬季節性インフルエンザ罹患歴 | なし・あり (| 年 | 月 | 日) |
| Seasonal flu infection last winter | No / Yes | (Year | Month | Date) |
| 身長 () cm | 体重 () kg | | | |
| Height _____ cm | Weight _____ kg | | | |
| 糖尿病 | なし・あり | | | |
| Diabetes | No / Yes | | | |
| 呼吸器疾患 (喘息・COPD等) | なし・あり (具体的に: |) | | |
| Respiratory diseases (e.g. Asthma, COPD) | No / Yes | (Give details: |) | |
| 心疾患 | なし・あり (具体的に: |) | | |
| Cardiac diseases | No / Yes | (Give details: |) | |
| HIVその他の免疫不全 (免疫抑制剤使用含む) | なし・あり (具体的に: |) | | |
| HIV or other immune deficiency (including use of immunosuppressant) | No / Yes | (Give details: |) | |
| 悪性腫瘍 (がん) | なし・あり (具体的に: |) | | |
| Malignant tumor (Cancer) | No / Yes | (Give details: |) | |
| 妊娠 | なし・あり (妊娠 | 週) | | |
| Pregnancy | No / Yes | (__weeks) | | |
| 喫煙 | なし・あり (| 歳から | 本/日) | |
| Tobacco smoking | No / Yes | (since __ years old, __ cigarettes / day) | | |
| その他 | なし・あり (具体的に: |) | | |
| Other | No / Yes | (Give details: |) | |

成田机场健康 調査票

请填写在粗线框内

| | | |
|---|--|------------|
| 姓名： 年齢： 性別： 職業： | | 国籍 |
| 過去10日以内に、鳥などとの接触はありましたか 最近十天以内是否接触过鸡或鸟等 (否・是) どこで鳥あるいは鳥インフルエンザ患者さんと接触しましたか？ 您在哪里接触过鸡、鸟或禽流感患者 (否・是) | | |
| 国家： その時の状況 当时的状况： | | |
| 住 所 在日本的住址： | | |
| 電 話 番 号 在日本的电话号码： | | |
| 滞 在 期 間 逗留期间 | ホ テ ル 日 本 で の 連 絡 先 饭店、在日本的电话号码 | |
| 月 日 ～ 月 日 | 饭店： ホ テ ル の 電 話 番 号 饭店的电话号码： | |
| 月 日 ～ 月 日 | 饭店： 饭店的电话号码： | |
| 月 日 ～ 月 日 | 饭店： 饭店的电话号码： | |
| 日本出国予定日 日本离境预定日： | 空 港 机场： | 便 名 航班号 |
| 旅 行 社 | 旅行代理店名： 旅行名： 旅行代理店の電話番号 旅行社的电话号码 | |

以下填写的内容属于您的个人信息、未经您的允许、不会对外泄漏、请如实回答

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 □激しい咳 □呼吸困難 □呼吸促迫 □全身倦怠 □その他（ ） |
| その他特記事項 |
| 検疫年月日： 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 検疫所名： 成田空港検疫所 担当者名： 調査票番号：Av |

※裏面につづく

| | | |
|--|------------|---------------|
| 抗インフルエンザウイルス薬予防投薬 | なし・あり（薬名・量 | 年 月 日開始 |
| 昨冬季節性インフルエンザウイルスワクチン接種歴 | なし・あり（ | 年 月 日） |
| 昨冬季節性インフルエンザ罹患歴 | なし・あり（ | 年 月 日） |
| 身長（ ）cm 体重（ ）kg | | |
| 糖尿病 | なし・あり | |
| 呼吸器疾患（喘息・COPD等） | なし・あり（具体的に | ） |
| 心疾患 | なし・あり（具体的に | ） |
| HIVその他の免疫不全（免疫抑制剤使用含む） | なし・あり（具体的に | ） |
| 悪性腫瘍（がん） | なし・あり（具体的に | ） |
| 妊娠 | なし・あり（妊娠 | 週） |
| 喫煙 | なし・あり（ | 歳から 本/日） |
| その他 | なし・あり（具体的に | ） |
| その他 | なし・あり（具体的に | ） |

鳥インフルエンザA（H5N1 又は H7N9）発生国から帰国・入国された方へ

あなたは、鳥インフルエンザ発生国から帰国・入国されました。

あなたが、鳥インフルエンザに感染していた場合に備え、本日から10日間は、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。

※インフルエンザは、症状の出る前から他の人にうつることがあります。

また、体力を消耗しないように心がけてください。

(2) 毎日2回（朝、夕）体温を測ってください。

(3) 体温が38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、ただちに下記に連絡し、あなたの名前、下記に示した調査票番号を伝えて指示に従ってください。

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： _____

※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する場合があります。

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。

Sheet2

(Directions for Person who is Subject to Surveillance)

日本語版と併用すること

For Passengers from Countries with H5N1/H7N9 Avian Flu Epidemic

You have arrived to Japan from a country with H5N1/H7N9 avian flu.

As a precautionary measure, please follow the instructions below for the next 10 days starting today.

(1) Wear a mask, and avoid crowded places.

※Flu virus can be passed on to someone else before symptoms appear.

Try to avoid physical exhaustion.

(2) Take your temperature twice a day (morning and evening).

(3) If you have a fever of 38°C or higher, severe cough or difficulty breathing, call the Quarantine Station immediately with your name and the registration number below, and follow instructions.

Contact: Narita Airport Quarantine Station,

Ministry of Health, Labour and Welfare

Phone: 0476-34-2310 E-mail: narita-keneki@keneki.go.jp

Registration number: _____

※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.

请仔细阅读, 并且 **入境日本后 10 日内必须保管。**

熟読の上、日本入国後 10 日間は失くさないようにしてください。

各位在禽流感 A (H5N1 或 H7N9) 发生的国家有逗留过的旅客

鳥インフルエンザ A (H5N1 又は H7N9) の発生国に滞在された方へ

您是自从禽流感发生国家过来的。因此您有可能感染禽流感。

从今天开始的十天 (到 201 年 月 日), 请遵守以下项目。

あなたは鳥インフルエンザ発生国から来られました。このため鳥インフルエンザにかかっている可能性があります。本日から 10 日間は以下の項目を守ってください。

201 年 月 日

成田空港检疫所长 成田空港検疫所長

- (1) 以备您已经感染禽流感的可能, 为了避免扩散疫情, 勤戴口罩、
尽量避开人群, 又要保持体力和身体健康。

既に鳥インフルエンザにかかっている可能性に備えて、感染を広げないために、マスクをこまめに着用し、人込みを避け、体力と健康を保つようにしてください。

※已有流感的人, 从症状出现的一天前开始, 有可能传染给别人。

※インフルエンザにかかった人は、症状の出る 1 日前から他の人にうつすことがあります。

- (2) 每天早晚量体温、仔细观察自己的健康状况, 必须每天两次
透过电话或电子邮件等的手段跟检疫所报告。

朝晩に体温を測り、自身の健康状況を詳しく観察し、毎日 2 回電話や電子メールなどの方法で検疫所に報告しなくてはなりません。

- (3) 「38 度以上的发烧」或「剧烈咳嗽、呼吸困难等呼吸器官的症状」
出现的话, 您得立刻跟检疫所联络, 先告诉您的姓名、下面的调查表编号,
并按照指示行动。您绝对不要直接去医院或诊所看病。

「38℃以上の発熱」や、「激しい咳、呼吸困難などの呼吸器症状」が現れたら、直ちに検疫所に連絡を取らなくてはなりません。

まず名前と調査票番号を告げて、指示に従ってください。直接病院やクリニックに受診しては絶対にいけません。

单位名称 連絡先: 日本厚生労働省 成田空港检疫所 日本厚生労働省 成田空港検疫所

Narita Airport Quarantine Station

电话号码 電話番号: 0476-34-2310

调查表编号 調査票番号: Av - -

※为了确认您健康, 检疫所也可能会跟您联络。 あなたの健康を確認するために、検疫所からも連絡を取ることがあります。

注) 以上都是检疫法第 18 条第 2 项所规定的要求, 您必须正确报告健康状况。如不进行报告或
虚伪报告, 依据检疫法第 36 条第 7 号的规定, 可能将处以 6 个月以下的徒刑或 50 万日元以下
的罚款。 以上は検疫法第 18 条第 2 項に規定する要求で、正確に健康状態を報告しなくてはなりません。報告を怠ったり虚偽の報告をした場合は、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することがあります。

検疫所からのお知らせ

あなたと同じ航空機に搭乗していた方に対し、現在、鳥インフルエンザの検査を行っています。その方の検査結果が陽性だった場合は、あなたも検疫所による健康監視の対象となりますので、その際は、別紙「健康監視対象者用指示書」をよくお読みくださいますようお願いいたします。

なお、検査結果については、陽性・陰性を問わず、電話でご連絡いたします。

成田空港検疫所：0476-34-2310

通 知 書

令和 年 月 日 時 分

(都道府県知事)

殿

成田空港検疫所長

下記の鳥インフルエンザA（H5N1 又は H7N9）に感染した疑いのある者について、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）を参照して下さい。

| | |
|--------|-------------------------------------|
| 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 ℃ 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：

＜照会先＞

担当者名：

電話番号：

FAX番号:

メールアドレス:

鳥インフルエンザ A (H5N1 又は H7N9) の 発生国に滞在された方へ

鳥インフルエンザの潜伏期間は、感染している鳥やヒトとの概ね 2m 以内での接触後、2～8日とされています。接触歴のある方は念のため、本日から 10 日間は以下のように行動してください。

- (1) 鳥インフルエンザに感染していた場合の拡散防止のため、マスクを着用してください。

※インフルエンザは症状の出る 1 日前から他の人にうつすことがあります。

- (2) 朝夕、体温測定をし、ご自身で健康状態をよく観察してください。

- (3) 「38℃以上の発熱」「激しい咳や呼吸が苦しくなるなどの呼吸器症状」のいずれかひとつでも出たときは、最寄りの保健所に、「鳥インフルエンザ発生国に滞在していた」ことを伝え、どこの医療機関をどのように受診すれば良いか相談し、できるだけ早く医師の診察を受けてください。

あなたに症状が出てなくても、ご家族等に上記のいずれかの症状が出た場合は、最寄りの保健所又は医療機関に電話で連絡し、その指示に従って下さい。その際、あなたが鳥インフルエンザの発生国に滞在していた旨をお伝えください。

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

For Passengers from Countries with H5N1/H7N9 Avian Flu Epidemic

The incubation period for avian flu is generally considered between 2 to 8 days after close contact (within approximately 2 meters) with infected people or birds. As a precaution, those who have had such contact are required to follow the instructions below for 10 days beginning today.

- 1) In case you are infected, please wear a mask to prevent the spread of virus.
※Flu virus can be transmitted even a day before symptoms develop.
- 2) Please check your temperature in the morning and evening, and watch your health with care.
- 3) If you develop a fever of 38°C (100°F) or higher and/or respiratory symptoms such as severe cough or difficulty in breathing, please call the nearest Public Health Department, and give information that you have stayed in a country with avian flu epidemic. Please also seek advice on which medical institutions to visit, and get medical consultation as soon as you can.

If any of above symptoms appear among your family, with or without in yourself, please call the nearest Public Health Department or medical institution for further instructions. In so doing, please give information that you have stayed in a country with avian flu epidemic.

PRESENT THIS CARD TO MEDICAL INSTITUTIONS AT YOUR VISIT.

The Ministry of Health, Labour and Welfare, Narita Airport Quarantine Station

TEL : 0476-34-2310

各位在禽流感 A（H5N1 或 H7N9）发生的国家 有逗留过的旅客

鳥インフルエンザ A（H5N1 又は H7N9）の発生国に滞在された方へ

禽流感的潜伏期说是，跟已感染的鸟类或人，在大概 2 米的距离以内接触了之后，2 到 8 天。有接触过的人，为了安全起见，从今天起 10 天内需要如下行动。鳥インフルエンザの潜伏期間は、感染している鳥やヒトとの概ね 2m 以内での接触後、2～8 日とされています。

接触歴のある方は念のため、本日から 10 日間は以下のように行動してください。

（1）以备你已经感染禽流感的可能，为了避免扩散疫情，勤戴口罩。

※已有流感的人，从症状出现的一天前开始，有可能传染给别人。

（2）每天早晚量体温，仔细观察自己的健康状况。

（3）「38 度以上的发烧」「剧烈咳嗽、呼吸困难等呼吸器官的症状」

任何一项症状出现的话，请到最近的保健所联络，告诉「我在禽流感发生国家有逗留过」，再问他们到哪一所医疗机构怎么去就诊才对，然后尽快去看病。

（1）鳥インフルエンザに感染していた場合の拡散防止のため、マスクを着用してください。

※インフルエンザは症状の出る 1 日前から他の人にうつすことがあります。

（2）朝夕、体温測定をし、ご自身で健康状態をよく観察してください。

（3）「38℃以上の発熱」「激しい咳や呼吸が苦しくなるなどの呼吸器症状」のいずれかひとつでも出たときは、最寄りの保健所に、

「鳥インフルエンザ発生国に滞在していた」ことを伝え、どこの医療機関をどのように受診すれば良いか相談し、できるだけ早く医師の診察を受けてください。

你症状还没出现的时候，你家人等却出现上述症状の場合，你需要跟附近的保健所或医疗机构联络，按照他们的指示来行动。这时告诉他们你在禽流感发生国家有逗留过的事。あなたに症状が出てなくても、ご家族等に上記のいずれかの症状が出た場合は、

最寄りの保健所又は医療機関に電話で連絡し、その指示に従って下さい。その際、

あなたが鳥インフルエンザの発生国に滞在していた旨をお伝えください。

就诊时，提示这张给医疗机构。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

电话号码 ☎ : 0476-34-2310

{ 検疫所業務管理室
結核感染症課 } 御中

成田空港検疫所

鳥インフルエンザ A について

標記について、下記のとおり鳥インフルエンザ A の（要観察例・健康監視対象者）に関する情報を報告します。

記

<要観察例・健康監視対象者について>

〇〇市（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：〇性

年齢：〇歳

住所：

電話番号：

職業：

搭乗者区分：（サーモグラフィー、自己申告、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）

<同行者の有無>

<渡航先等>

RO. O. O~O. O 中国

RO. O. O~O. O

RO. O. O~

<鳥インフルエンザ A が疑われる鳥又は患者との接触内容>

日時：O. O O

場所：

内容：

<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）>

RO. O. O~（症状・発症日）

RO. O. O~（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、要観察例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

都道府県 御中

成田空港検疫所

鳥インフルエンザ A について

標記について、下記のとおり鳥インフルエンザ A の（要観察例・健康監視対象者）に関する情報を報告します。

記

<要観察例・健康監視対象者について>

〇〇市（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：〇性

年齢：〇歳

住所：

電話番号：

職業：

搭乗者区分：（サーモグラフィー、自己申告、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）

<同行者の有無>

<渡航先等>

R〇. 〇. 〇～〇. 〇 中国

R〇. 〇. 〇～〇. 〇

R〇. 〇. 〇～

<鳥インフルエンザ A が疑われる鳥又は患者との接触内容>

日時：〇. 〇 〇

場所：

内容：

<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. 〇. 〇～（症状・発症日）

R〇. 〇. 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、要観察例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

鳥インフルエンザ（H5N1）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 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 平成 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（検案）した者（死体）の種類 | | | | |
| ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢（0歳は月齢） 歳（ か月） | 6 当該者職業 |
| 7 当該者住所 電話（ ） - | | | | |
| 8 当該者所在地 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 ・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 鳥（鶏、あひる、七面鳥、うずら等）からの感染（鳥の種類・状況： ） 4 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（ 国 詳細地域 ） |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体（ ） H5N1型：H5N1 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体（ ） H5型：H5 N型：（ ） | |
| 13 初診年月日 平成 年 月 日 14 診断（検案※）年月日 平成 年 月 日 15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 16 発病年月日（*） 平成 年 月 日 17 死亡年月日（※） 平成 年 月 日 | | 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 |

この届出は診断後直ちに行ってください

(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、死亡者を検案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。）

鳥 イン フ ル エ ン ザ (H 7 N 9) 発 生 届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 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 平成 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つては、その住所・電話番号を記載)

| | | | | |
|--|---|-----------------|----------------------------|---------|
| 1 診断(検案)した者(死体)の種類 | | | | |
| ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・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 男・女 | 4 生年月日 年 月 日 | 5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 (か月) | 6 当該者職業 |
| 7 当該者住所 電話 () - | | | | |
| 8 当該者所在地 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 ・脳症 ・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 鳥(鶏、あひる、鳩等)又はその他の動物からの感染 (鳥や動物の種類・状況:) 4 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 (国 詳細地域) |
| | 12 診断方法 ・分離・同定による病原体の検出 検体 () HN亜型: H7N9 ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体 () H亜型: H7 N亜型: () | |
| 13 初診年月日 | 平成 年 月 日 | 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 |
| 14 診断(検案(※))年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 15 感染したと推定される年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 16 発病年月日(*) | 平成 年 月 日 | |
| 17 死亡年月日(※) | 平成 年 月 日 | |

この届出は診断後直ちに行ってください

(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、死亡者を検案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 齢 | 歳 |
| | | 性 別 | |
| 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 より | | 5 診 断 方 法 | |
| 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 | | | |