**医療宣言書**

**あなたの情報を記載したこの文書は、伝染病予防の目的で医療機関が**

**あなたに連絡をするために重要な文書です。**

・氏名（大文字）：...............................................................................................................................

・生年月日：.........................................性別：...............................国籍：...........................................

・パスポート番号またはその他法的文書：.......................................................................................

渡航情報：飛行機□　船□　自動車□　その他（具体的に）：........................................................

便名：.....................................................................座席番号：..............................................................

出発日：................/................/......................入国日：................/................/........................................

出発地（県/国）：.................................................................................................................................

目的地（州/国）：.................................................................................................................................

過去14日間に、あなたはどこかの州/市/地域/国へいきましたか？はいの場合場所:. ............... ............... ................

**ベトナムでの連絡先情報**

・滞在先住所：.......................................................................................................................................

・電話番号/携帯番号：...................................E-mail：........................................................................

**現在もしくは過去14日間に次のいずれかの症状はありますか？（入国/出国/乗継までの日）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | はい | いいえ | 症状 | はい | いいえ |
| ・熱  ・咳  ・呼吸困難  ・喉の痛み | [　　 ]  [　　 ]  [　　 ]  [　　 ] | [　　 ]  [　　 ]  [　　 ]  [　　 ] | ・嘔吐  ・下痢  ・発疹  ・皮膚出血 | [　　 ]  [　　 ]  [　　 ]  [　　 ] | [　　 ]  [　　 ]  [　　 ]  [　　 ] |

**ワクチン、生物製剤使用歴**：................................................................................................................

**過去14日間の接触履歴**：........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| ・養鶏場/生きている動物市場/畜殺場/動物との接触 | はい[　 ]いいえ[　 ] |
| ・伝染病患者の看病 | はい[　 ]いいえ[　 ] |

**私が提供した情報は真実、正確かつ完全です。上記の質問に対する回答の欠如、虚偽の申告が深刻な結果をもたらす可能性があることを理解しています。**

西暦202….　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名：

....................................................................................................................................................................

**手引き**

|  |  |
| --- | --- |
| **乗客は入国/出国/乗継の通関時とあなたの健康保護のために、この部分を使用します**  ・氏名（大文字）：...............................................................................  ・出発の州/市/地域/国：................................................................... | |
| **衛生検疫官による承認**  西暦202….　年　　　月　　　日 | あなたとコミュニティーの健康のため、上記の症状があった場合、入国時の検疫所、最寄りの医療機関、または以下メールE-mail:.................................................  もしくはFAX:......................................  入国時の州/市のホットライン：...  保健省のホットライン：... |