**付録1**

**宿泊者の健康状態に関する己申告書 (日本語 – 英語)**

***DECLARATION OF HEALTH STATUS FOR OVERNIGHT GUEST***

(*添付ファイル：2020 年 02 月 07 日付、*

*ダナン市観光局発行オフィシャルレター110/SDL-QLCSLT号)*

**本書類は、*2019-nCoVの*感染を防ぐために必要に応じ記載情報に基づき医療機関があなたに連絡するのに役立つ重要な書類です**

***This document is aimed to provide medical and health governmental agencies with important information for control and prevention of the 2019-nCoV infection***

: …………………………………………………………

*Fullname (in capital letters): …………………………………………….…………*

生年:……………….性別:………………..国籍:…..…….……..…

*Year of birth:……………….Sex:………………..Nationality:…..…….……..…*

パスポート番号または合法的な通行書番号:……………..……..…………………

*Passport Number or any travel document number of equal legal status :………*

入国年月日: ……..…/…………/….……

*Date of entry: ……..…../…………/….……*

出国年月日: ……..…/…………/….……

*Date of exit : ……..…/…………/….……*

ダナン到着日:…………………… ダナン出発日:………………………

*Arrival date in Danang:……………………Departure date out of Danang :……………….*

出発場所:………………………………………………………………

*Departure place:………………………………………………………………*

ダナン到着時及び出発時の交通手段:.…………………………………………………

*Means of transportation upon arrival in and departure out of Danang:*…………………………

予定訪問のダナン観光地 :………………………………………………

*Tourism destinations planned to visit in Danang :…………………………………..*

他に訪れたベトナムの都市/地方: …...…………………

List the cities/provinces of Vietnam you have visited during this trip: …………………………..

最近14日以内、他の国又は地域に旅行したり、訪れたりしましたか （はいの場合、ご明記ください): …………..……………………………………………………….

*Within 14 recent days, have you traveled to or visited any countries/territories ? (if yes, please, specify): …………………..……………………………………………*

ベトナムでの連絡先: ………………………………………………………

*Contact address in Vietnam : ………………………………………………………*

電話番後: ……………………….….. メール: ………………...………………………....

*Telephone number:……………………….Email:………………...………………*

チェックイン日まで14日以内に、下記の症状がありますか。

*Within 14 days (upon the check-in date), do you develop any symptom specified as follows:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 ***(Symptoms)*** | **はい *(Yes)*** | **いいえ (*No)*** | 症状 ***(Symptoms)*** | **はい *(Yes)*** | **いいえ (*No)*** |
| 熱がある*(Fever)* |  |  | 頭痛 *(Headache)* |  |  |
| 咳が出る *(Cough)* |  |  | 筋肉痛*(Muscle aches)* |  |  |
| 息切れ*(Shortness of breath)* |  |  | 鼻水*(Runny nose)* |  |  |
| 喉の痛み*(Sore throat)* |  |  | 吐き気又は嘔吐  *(Nausea/vomiting)* |  |  |

使用したワクチン及び生物製剤品をご記入ください:…………………………

*Please list vaccines/biologic(al) medical products you have used:……………………………*

暴露履歴: ………………………………………………………………

*History of exposure: ………………………………………………………………*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 最近14日以内、あなたは  **Within 14 recent days, have you ever:** | **はい *(Yes)*** | **いいえ (*No)*** |
| 2019-nCoV症例が確認された地域に旅行しましたか？  *(Traveled to locations with confirmed 2019-nCoV cases)* |  |  |
| 動物又は動物市場との接触がありましたか？ *(Had any contact with animal/animal market ?)* |  |  |
| 2019-nCoVに感染した人に接触したり、ケアを直接に提供したりすることがありますか？  *(Had any contact with/ provided direct care for a 2019-nCoV case ?)* |  |  |

私は、本書類に記載したことが全て真実であることを誓います。不正確な情報を提供すると深刻な結果を招く可能性があることを理解しています。

*I hereby declare that all the above particular are corect. From my limited knowledge, the inaccurate and misleading information can also result in severe consequences.*

……….. 日 *(day)*…… 月 *(month)*…… 年 *(year)* 2020

**サイン**

***Signature***