様式１

エボラ出血熱に関する質問票

年　　月　　日

船名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　貴船の乗客及び乗組員の中に、到着前 21 日以内にエボラ出血熱の流行国（※１）に滞在したことがある者がいるか。

※１　エボラ出血熱発生地域･･･コンゴ民主共和国又はウガンダ

□はい（２に進む）　　□いいえ

２　「はい」の場合、以下の接触歴のいずれかを有するものがいるか。

- 到着前21 日以内にエボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等(血液、体液、吐瀉物、排泄物など)との接触歴（感染予防策の有無を問わない）
- 到着前21 日以内にエボラ出血熱発生地域（※２）由来のコウモリ、霊長類等に直接手で接触するなどの接触歴

※２　ギニア、シエラレオネ、リベリア、ウガンダ、スーダン、南スーダン、ガボン、コートジボワール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国

□はい　　□いいえ

代　理　店　名：
本票に関する責任者名：
連　絡　先：

様式１

Questionnaire about “Ebola hemorrhagic fever”

Date :

Please check following two questions regarding itinerary of crews or passengers in your vessel.

Vessel : _____

Q.1 : Is there any crew or passenger stayed in the following country* where the outbreak of “Ebola hemorrhagic fever” was reported, within the last 21 days?
*Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda.

☐Yes (proceed to the Q2) ☐No

If you check ‘Yes’, please answer Question 2.

Q.2 : Is there any person who had any of the followings?

(1) Direct contact with body fluids like blood, saliva, vomit and urine of patients infected with Ebola Virus, including a suspected person, in the past 21 days of arrival.

(2) Direct contact with bats, primates, etc. from Ebola hemorrhagic fever epidemic area* in the past 21days of arrival.
* Guinea, Sierra Leone, Liberia, Uganda, Sudan, South Sudan, Gabon, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, or Republic of the Congo

☐Yes ☐No

Agent:
authorized agent:
Contact address:

20260603

様式２

厚 生 労 働 省　○ ○ 検 疫 所

よくお読みになって２１日間保管してください。

コンゴ民主共和国またはウガンダに滞在された方へ

エボラ出血熱の潜伏期間は、患者の体液等に触れた後、２１日とされています。あなたは、患者等との接触がないとの申告でしたが、念のため、**本日から２１日間、**以下のように行動してください。

（１）朝夕、体温測定し、ご自身で健康状態をよく観察してください。

（２）「38℃以上の発熱」又は「嘔吐」、「下痢」、「倦怠感」等のうち、いずれかひとつの症状でも出て医療機関を受診する場合には、受診前に医療機関に「コンゴ民主共和国またはウガンダに滞在していた」ことを伝え、医療機関の指示に従ってください。

(Form 2)

Please read this paper thoroughly and retain this paper for 21 days
Veuillez lire attentivement ce document et le conserver pendant 21 jours.

Person who stayed in the Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda

Personnes ayant séjourné en République démocratique du Congo ou en République d'Ouganda

It is reported an incubation period of Ebola hemorrhagic fever is 21 days after contacting the body fluids including blood, saliva, vomit and urine of the infected patient. Although you declared that you did not have any contacts with patients or their body fluids it is highly required to act as follows for 21 days from today.

Il est rapporté que la période d'incubation de la fièvre hémorragique Ebola est de 21 jours après un contact avec les liquides corporels d'un patient infecté, notamment le sang, la salive, les vomissements et les urines. Bien que vous ayez déclaré ne pas avoir eu de contact avec des patients ni avec leurs liquides corporels, il est fortement recommandé d'agir comme suit pendant 21 jours à compter d'aujourd'hui et de suivre les instructions du médecin ou de l'établissement médical.

(1) Observe your physical condition by measuring the body temperature every morning and evening.

Surveillez votre état de santé en mesurant votre température corporelle chaque matin et chaque soir.

(2) Inform a doctor that you stayed in the Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda before visiting a hospital when you visit a hospital with one or some symptoms including fever of 38℃ or higher, vomiting, diarrhea and fatigue, and then follow the doctor's instructions given by the doctor or medical institution.

Si vous présentez un ou plusieurs symptômes, notamment une fièvre de 38 ° C ou plus, des vomissements, une diarrhée, ou une fatigue, et que vous consultez un établissement médical, veuillez informer le médecin, avant la consultation, que vous avez séjourné en République démocratique du Congo ou en République d'Ouganda , et suivre ses instructions.

Ministry of Health, Labour and Welfare ○ ○ Quarantine station
Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale Poste de quarantaine ○○

様式３

Quarantine Confirmation
Certificat de Lazaret
検疫所確認済書

This Quarantine Confirmation shows a quarantine station officer has checked that the person did not stay in areas of Ebola hemorrhagic fever outbreak in the past 21 days.

Ce Certificat de Lazaret atteste qu’un agent de poste de Quarantaine a bien vérifié que la personne concernée n’a pas séjourné dans un pays touché par l’épidémie de fièvre hémorragique Ebola au cours des 21 derniers jours.

この検疫所確認済書は、当該者が、過去21日間にエボラ出血熱の流行国に滞在していないことを検疫官が確認したことを示す書類です。

※ Please submit this paper to an immigration inspector during the immigration procedure.

※ Veuillez remettre ce Certificat de Lazaret à un agent de l’immigration lors de la procédure d’immigration.

※ この検疫所確認済証は、入国審査を行う入国審査官にお渡しください。

○○Quarantine Station, Ministry of Health, Labour and Welfare

Lazaret de ○○, Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales

厚生労働省　　○○　検疫所

様式４

調 査 票（エボラ出血熱）

検疫法（昭和 26 年法律第 201 号。以下「法」という。）第 18 条第２項の規定に基づく健康監視を実施する際に使用します。正確に太枠内を記入してください。

<table>
<tr><td colspan="3">ふりがな
氏　名：　　年齢：　　□男 □女　職業：</td><td>国籍：</td></tr>
<tr><td colspan="4">感染したことが疑われる国・地域名：
接触状況（具体的に）：</td></tr>
<tr><td colspan="4">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。）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">都道府県　　市区町村
電話：　　E-Mail：</td></tr>
<tr><td rowspan="6">本日から　日間の宿泊先・出国予定</td><td>滞在期間</td><td colspan="2">宿泊先又は連絡先</td></tr>
<tr><td>月　日～　月　日</td><td colspan="2">宿泊先：
所在地：　都道府県　市区町村　電話：</td></tr>
<tr><td>月　日～　月　日</td><td colspan="2">宿泊先：
所在地：　都道府県　市区町村　電話：</td></tr>
<tr><td>月　日～　月　日</td><td colspan="2">宿泊先：
所在地：　都道府県　市区町村　電話：</td></tr>
<tr><td>月　日～　月　日</td><td colspan="2">宿泊先：
所在地：　都道府県　市区町村　電話：</td></tr>
<tr><td colspan="3">日本出国予定日：　年　月　日　出国空港：　空港　便名：</td></tr>
</table>

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、法第 36 条第９号の規定に基づき、質問に回答しなかった場合又は虚偽の報告をした場合は、６か月以下の拘禁刑又は 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

<table>
<tr><td>検疫時の体温：　℃　解熱剤使用：無・有　薬剤名：　・　時間前使用</td></tr>
<tr><td>主な症状：□嘔吐　□下痢　□全身倦怠感
□その他（　）</td></tr>
<tr><td>その他特記事項：</td></tr>
<tr><td>検疫年月日：　年　月　日　便・船名：</td></tr>
<tr><td>検 疫 所 名：　担当者名：　**調査票番号**：</td></tr>
</table>

様式５

健康監視対象者用指示書兼誓約書

あなたは、検疫法（昭和 26 年法律第 201 号。以下「法」という。）第 18 条第２項の規定に基づく健康監視の対象となります。

（感染したおそれがある感染症：　　）

本日から　　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、夕）体温を測り、下記の連絡先に連絡してください。

（３）体温が３８℃以上になったり、嘔吐、下痢、全身倦怠感などの症状がある場合は、ただちに下記の検疫所に連絡するとともに、検疫所又は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、絶対にご自身の判断で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、確認の連絡をする場合がありますので正確にご報告ください。検疫所からの連絡があった際に電話がとれるように準備しておき、電話が取れなかった場合には、必ず速やかに検疫所へ折り返しの連絡をしてください。

記

連絡先：　厚生労働省　　検疫所　　電話：

Mail：

調査票番号：

注）法第 18 条第２項の規定に基づく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、法第 36 条第９号の規定に基づき６か月以下の拘禁刑又は 50 万円以下の罰金に処されることがあります。

注）健康監視中に体調に異状が生じた場合、エボラウイルスに感染しているか確認する検査を行うため、医療機関へ搬送の上、入院していただく場合があります。また、発症前後のあなたの行動歴について、質問することがあります。

注）プライバシーを守る観点から、健康監視に関する情報を対外的に発信することはお控えください。

上記に記載された事項について、内容を十分に理解した上、遵守することを約束します。

記入日：　　年　　月　　日

氏名：　　（署名）

（誓約者が未成年の場合　法定代理人の氏名：　　）

(Form 5)

Instructions for individuals under health monitoring

（Agreement and Undertaking）

You will be subject to health monitoring in accordance with Article 18, Paragraph (2) of the Quarantine Act (Act No.201 of 1951; hereinafter referred to as "the Act").

Suspected infectious disease: (　　)

Please follow the instructions below from today until: _____.

1. Please wear a mask and avoid crowded places as much as possible.
2. Please take your temperature twice a day (morning and evening) and report the results to the contact listed below.
3. If your temperature reaches 38°C or higher, or if you develop symptoms such as vomiting, diarrhea, or fatigue, please immediately contact the quarantine station listed below.
   In addition, until you receive instructions from the quarantine station or the public health center contacted by the quarantine station, must not visit a medical institution directly under any circumstances, as doing so may pose a risk of infection to others.
4. The Quarantine Station may also contact you to confirm your health condition. Please provide accurate and honest information. Please ensure that you are able to answer calls from the quarantine station. If you miss a call, you must promptly return the call to the quarantine station.

Liaison Office: ○○ Quarantine Station, Ministry of Health, Labour and Welfare

Telephone No.: ○○-○○○-○○○○　　E-mail:

Questionnaire No.: _____

Note: This document constitutes a legal requirement to report on your health status in accordance with Article 18, Paragraph (2), of the Act. Please ensure that all reports are accurate. Failure to report or the submission of false information may result in penalties under Article 36, item (9) of the Act, including imprisonment for up to six months or a fine of up to ¥500,000.

Note: If any health anomalies occur during your health monitoring, you may be transferred to a medical institution and hospitalized for testing to confirm Ebola virus infection. In addition, for the purposes of epidemiological investigation, you may be asked about your activities before and after the onset of symptoms.

Note: In order to protect your privacy, please refrain from disclosing or sharing any information related to your health monitoring with third parties.

I hereby confirm that I have fully understood the above-mentioned matters and pledge to comply with them.

Pledge Date（yyyy/mm/dd）　_____/_____/_____

Signature (Full name in alphabet)　_____

Name of legal representative (If the pledger is a minor)　_____

(Formulaire 5)

Instructions pour les personnes sous surveillance sanitaire

(Accord et engagement)

Vous faites l'objet d'une surveillance sanitaire conformément à l'article 18, paragraphe 2, de la loi relative à la quarantaine (loi n° 201 de 1951 ; ci-après dénommée « la Loi »).
Maladie infectieuse susceptible d'avoir été contractée : ( )
Veuillez respecter les instructions suivantes à compter d'aujourd'hui et jusqu'au :
_____.

1. Veuillez porter un masque et éviter autant que possible les lieux très fréquentés.
2. Veuillez prendre votre température deux fois par jour (matin et soir) et la communiquer au contact indiqué ci-dessous.
3. Si votre température atteint 38 °C ou plus, ou si vous présentez des symptômes tels que vomissements, diarrhée ou fatigue, veuillez contacter immédiatement le poste de quarantaine indiqué ci-dessous. De plus, tant que vous n'aurez pas reçu d'instructions du centre de la poste de quarantaine ou santé publique désigné par le poste de quarantaine, ne vous rendez pas dans un établissement médical, car vous pourriez présenter un risque de transmission.
4. Le poste de quarantaine pourra également vous contacter pour s'enquérir de votre état de santé ; veuillez fournir des informations exactes à toutes les questions. Veuillez vous assurer que vous êtes en mesure de répondre aux appels du station de quarantaine. Si vous n'êtes pas en mesure de répondre, vous devez rappeler dans les plus brefs délais le station de quarantaine.

Contact : ○○ poste de quarantaine
Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales
Numéro de téléphone : ○○-○○○-○○○○ Courriel :
Numéro du questionnaire : _____

Remarque : Ce document constitue une obligation légale de déclaration de votre état de santé, conformément à l'article 18, paragraphe 2, de la loi relative à la quarantaine. Veuillez fournir des informations exactes. Tout défaut de déclaration ou déclaration mensongère est passible, conformément à l'article 36, paragraphe (9), de la loi relative à la quarantaine, d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à six mois ou d'une amende pouvant atteindre 500 000 ¥.

Remarque : En cas d'apparition d'anomalies de santé au cours de votre période de surveillance sanitaire, vous pourrez être transféré(e) vers un établissement médical et éventuellement hospitalisé(e) afin de subir des examens visant à confirmer une éventuelle infection par le virus Ebola. En outre, aux fins de l'enquête épidémiologique, il pourra vous être demandé de fournir des informations sur vos activités avant et après l'apparition des symptômes.

Remarque : Afin de protéger votre vie privée, nous vous prions de vous abstenir de divulguer ou de partager avec des tiers toute information relative à votre surveillance sanitaire.

Je confirme par la présente avoir pleinement compris les éléments mentionnés ci-dessus et m'engage à m'y conformer.

Date de l'engagement (aaaa/mm/jj) _____/_____/_____

Signature (Nom complet en alphabet) _____

Nom du représentant légal (si le signataire est mineur) _____