

MEDICAL DECLARATION FORM (医療申告用紙)

This is important document, your information is vital to allow health authorities contact you to prevent communicable diseases

(これは、感染症流行を防ぐために医療部門の当局があなたに連絡できるようにするための、非常に重要な文書です。)

- Full name (BLOCK LETTERS) / 氏名 (大文字で記入) HANOI TARO
- Date of Birth (生年月日): 日/月/年 Gender(性別): Male(男)/Female(女) Nationality(国籍): JAPANESE
- Passport number or other legal document(パスポート番号): TZ×××××××
- Travel information(旅情報): Plane(飛行機) Ship(船) Automobile(車) Other (その他):
 Transportation No(便名) JL00/NH00/VN00/VJ00 Seat No(座席番号)
 Departure date(出発日: 日/月/年): 10/03/2020年 Immigration date(入国日: 日/月/年): 10/03/2020年
 Place of departure (出発地) (province(市)/country(国)): Narita/Japan
 Place of destination (目的地) (province(市)/country(国)): Hanoi/Vietnam
 In the past 14 days, have you been to any province/city/territory/country? If yes, where?: NO / YES(国名)
 (過去14日間に、海外の国を訪れていますか? はいの場合、国名を記載してください。)
- Contact information in Viet Nam (ベトナムでの連絡先)
 Staying address: 滞在中のホテル名、住所を記載してください。
 Tel./Mob: 滞在中の緊急連絡先電話番号 Email: Eメールアドレスを記入してください

- If you have any of the followings at present or during the past 14 days (until the date of entry/exit/transit)?
 現在または入国する過去14日間に以下のいずれかの症状がありませんでしたか?

Symptoms 症状	Yes 有	No 無	Symptoms 症状	Yes 有	No 無
▪ Fever 熱	[]	[]	▪ Vomiting 嘔吐	[]	[]
▪ Cough 咳	[]	[]	▪ Diarrhea 下痢	[]	[]
▪ Difficulty of breathing 呼吸困難	[]	[]	▪ Rash 発疹	[]	[]
▪ Sore throat 喉の痛み	[]	[]	▪ Skin haemorrhage 皮膚出血	[]	[]

- List of vaccines or biologicals used(使用したワクチン又は生物学的製剤 (※)があれば記載してください。)

※生物学的製剤とは、自己免疫性疾患に対して免疫を抑えるために用いるもの

• **History of exposure: During the last 14 days, did you:**

(過去 14 日間に下記に訪問又は接触したことがありますか?)

<p>▪ Visit any poultry farm/ living animal market/ slaughter house/ contact to animal 養鶏場/食用動物市場/屠畜場/動物との接触</p>	<p>Yes [] No [] 有 無</p>
<p>▪ Care for a sick person of communicables diseases 感染症患者へのケア</p>	<p>Yes [] No [] 有 無</p>

The information I have given is true, correct and complete. I understand failure to answer any question may have serious consequences.

ここに記載した内容の全てに偽りはありません。無回答、或いは虚偽について発生した問題は重大な結果を招くことを理解しています。

Day: __Month: __Year:

(本日の日, 月, 年を記入)

Signature of Passenger/ Crew (本人の署名)

GUIDANCE

Passenger uses this part for entry/exit/transit clearance and for protection of your health

(搭乗客は、この部分を入国のため、また自身の健康のために用います。)

▪ Full name (BLOCK LETTERS) (氏名、大文字):..... HANOI TARO

▪ Province/City/Territory/Country of departure(出発県/市/地域/国): Tokyo/JAPAN

**VERIFICATION BY
HEALTH QUARANTINE OFFICER**

For your own health and that of the community, if you experience any of the above-mentioned symptoms, please contact health quarantine units at points entry or the nearest healthcare centre or email to Email kdythcm@gmail.com :or Fax:+84 028 3844 0157

Hotline of province/city of point of entry:

Hotline of the Ministry of Health:

(自身及び地域の健康のために、もし上記にあげた症状を経験した場合は、入国場所の検疫部署又はお近くの医療機関又は kdythcm@gmail.com, Fax:+84 028 3844 0157 までご連絡ください。)

Date Month Year 202...

省又は市のホットライン ○○○○○○○○○○○

保健省のホットライン ○○○○○○○○○○○

見本

※本日本語フォーマットは、在ベトナム日本大使館の仮訳であり、最終的な責は、記載される個人に帰します。