

医療申告フォーマット記入例

1. 位置づけ

越保健省からの通達 No1119/BYT-DP により、3月7日以降、ベトナムに入国する全ての者に対して、医療申告が義務づけられている。

2. 実施の方法

- ・ 申告方法は、オンライン申告と到着空港での紙申告のいずれか。
ただし、円滑な入国を期するため、**オンライン申告を強く推奨**。
- ・ 入国の24時間前から実施可能（それ以前に実施すると無効となる可能性有）。

3. オンライン申告サイトのリンク

<https://tokhaiyte.vn/>

4. 留意点

- ・ 越語以外にも英語、日本語等が選択可能。
- ・ パソコン上のインターネットで記入した際に、不具合が生じているという報告が散見されることから、**スマートフォンでの実施を強く推奨**。
- ・ 特に出発日の前日に医療申告を行う場合は、出発日の前日を出発日とする必要がある。

5. その他

本フォーマットは、日本大使館が記入の一助とするため参考のため作成したものであり、医療申告に当たっての最終的な責は、記入された個人に帰します。

在ベトナム日本大使館



BAN CHỈ ĐẠO QUỐC GIA
PHÒNG CHỐNG DỊCH BỆNH COVID-19



HỆ TRÍ THỨC VIỆT
SỞ Y TẾ VIỆT NAM

Tờ khai y tế/Vietnam Health Declaration

一番左端の「Entry declaration」を選択

Cho người
nhập cảnh
Entry
declaration

Khai báo
toàn dân
For
domestic
guests

Khai di
chuyển nội
địa
For
domestic
move
declaration

Chọn ngôn ngữ để khai báo y
tế /Select the language to declare
health:



日本語表示するため、日本
国旗を選択。





医療申告用紙

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、非常に重要な用紙です。（英数字での記入をお願いします）

警告：虚偽の情報を宣言することはベトナムの法律に違反しており、刑事処理の対象となる場合があります

ゲート (*)

Noi Bai airport

ゲートは、「Noi Bai airport」を選択

氏名（大文字で記入） (*)

TARO TANAKA

生年月日 (*)

1980

性別 (*)

男性

国籍 (*)

Japanese



Japanese

パスポート番号 (*)

TR0000000

旅行情報(*) 飛行機 船 自動車 その他 (明記):

便名 (*)

VN031

座席番号 (*)

20A

出発日 (*)

30

07

2020

到着日 (*)

31

07

2020

出発地 (市/省/地域・国)

国/地域 (*)

Japan

地域 (*)

東京 (Tokyo)

★出発日の前日に医療申告を行う場合は、出発日の前日を出発日と入力する必要がある。

例：

申告を行う日 : 7月30日

実際の出発日 : 7月31日

入力する出発日 : 7月30日

出発地域は国際線フライトの出発。

成田空港から出発する場合は千葉でなく、「東京」とする。

※国内線を乗り継ぐ場合でも、ハノイ行き国際線の出発地とする。



東京 (Tokyo) ▼

目的地 (市/省/地域・国)

国/地域 (*)

Vietnam ▼

地域 (*)

Ha Noi ▼

目的地域はフライトの到着地であり、「Ha Noi」とする。

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。(yes又はnoで回答。Yesの場合国名を記入)

(*)

No

日本以外の国(例: シンガポール・タイ)から、日本を経由した場合、「yes」及び「国名」を記入。

ベトナムでの連絡先

州 (*)

Ha Noi ▼

ベトナムでの連絡先は宿泊施設(隔離施設)でなく、隔離終了後の住所。

地区 (*)

Ba Đình ▼

区 (*)

Liễu Giai ▼

番 (*)

27 Ba Đình



区 (*)

Liêu Giai ▼

住所 (*)

27 Ba Dinh

ベトナムで使用する電話番号 (ローミング番号またはベトナム番号)

緊急連絡先電話番号 (*)

0936000000

ベトナム国内でつながる連絡先。
※保有していない場合、会社の連絡先も可能。
※当局から連絡がある可能性が高いため、勤務先の越語を話せる従業員を登録も可。

Email

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？ (*)

症状	はい	いいえ
発熱 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
咳 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
呼吸困難 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
喉の痛み (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
嘔吐 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
痢 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



下痢 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
発疹 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
皮膚出血 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

使用したワクチン又は生物学的製剤を記載してください。:

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? (*)

	はい	いいえ
養鶏場/食用動物市場/ 屠畜場/動物との接触 (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
伝染病の病人のケア? (*)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Captcha (*)



The data you provide is completely

