

質問票 问诊票 Questionnaire

記載日 记载日期 Date of signature (月 日)

氏名／姓名／Name : _____

住所・滞在場所／曾滞留地点／The names of countries/territories where you have stayed.

()

※日本への到着日／到达日本的日期／Arrival Date (月 日)

1. 在中に以下に該当がないか 『 ✓ 』 (チェック) を記入してください。
滞留期间内是否有下列情况, 请在相应的地方打 『 ✓ 』

- 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と確定された患者、または疑われる患者と同じ空間に居た、長時間接触した、病院にお見舞いに行った、咳やくしゃみを浴びた、などがあった。

是否与确诊或者疑似新型冠状病毒(nCoV)感染的患者有过下列情况: 同处一室、长时间的接触、去医院探望、暴露在对方的咳嗽之下、等等情况。

Close contact* with a confirmed or probable case of nCoV infection.

*Close contact is defined as staying in the same close environment of nCoV patients, traveling together with nCoV patients in any kind of conveyance, visiting in a healthcare facility where nCoV infections have been managed, or direct exposure to body fluids or specimens.

はい/是/Yes いいえ/否/No

- 新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航または居住していた人と濃厚な*接触があった

是否去过被确定为新型冠状病毒感染症的流行地区, 或者与居住于该地区的人有过密切的接触。

Close contact with people traveling or living in areas where outbreaks of nCoV infection have been confirmed.

はい/是/yes いいえ/否/No

2. 次の症状について該当する欄に 『 ✓ 』（チェック）を記入してください。

回日本后, 如有下列症状请打 『 ✓ 』

Please check any of the following symptom.

症 状	いいえ/否/No	はい/是/Yes	いつ頃から
発熱 (37.5°C以上)/发烧 (37.5°C以上) /fever (over 37.5°C)			
強いだるさ・倦怠感/倦意/Malaise			
息切れ/呼吸困難/Shortness of breath			
咳/咳嗽/cough			
痰/痰/sputum			
のどの痛み/喉痛/ Sore throat			
鼻水/流鼻涕/Runny nose			
筋肉痛/肌肉疼痛/Muscle aches			
頭痛/头痛/Head ache			
吐き気・おう吐/呕吐/Vomiting			
下痢/腹瀉/diarrhea			

3. 咳止め、解熱鎮痛薬の服薬の有無に 『 ✓ 』（チェック）を記入してください。

是否服用过镇咳、退烧、镇痛的药物。请在相应位置打 『 ✓ 』

Please check any of the medications as **antipyretic** or **antitussive**.

はい/是/Yes いいえ/否/No

濃厚接触者とは：新型コロナウイルス感染症と確定された患者、または疑われる患者
と同じ空間に居た、長時間接触した、病院にお見舞いに行った、咳
やくしゃみを浴びた、などをさします。

密切接触是指：与确诊或者疑似新型冠状病毒(nCoV)感染的患者有过下列情况：同处一
室长时间的接触、去医院探望、暴露在对方的咳嗽之下、等等情况。