事　務　連　絡
令和８年10月23日

各検疫所長殿

健康・生活衛生局感染症対策部企画・検疫課
検疫所管理室長

「「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の宣言を受けた
エボラ出血熱に係る対応について」の一部改正について

コンゴ民主共和国とウガンダにおけるエボラ出血熱に係る対応については、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の宣言を受けたエボラ出血熱に係る対応について」（令和８年５月17日付け健康・生活衛生局感染症対策部企画・検疫課検疫所管理室長事務連絡）により、ご対応いただいているところです。

今般、事務連絡の一部を別紙のとおり改正することとしましたので、ご確認いただき、遺漏なくご対応いただきますようお願いいたします。

※ウガンダについては、令和８年８月28日をもって除外。

〇改正概要

１　流行地域の改正

コンゴ民主共和国の北ウバンギ州の追加（令和８年10月23日適用）

（改正後全文）

事　務　連　絡
令和８年５月17日
一部改正　令和８年５月21日
一部改正　令和８年６月３日
一部改正　令和８年７月15日
一部改正　令和８年８月17日
一部改正　令和８年８月28日
一部改正　令和８年９月16日
一部改正　令和８年10月23日

「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の宣言を受けた
エボラ出血熱に係る対応について

日本時間５月17日、世界保健機関（WHO）が、コンゴ民主共和国及びウガンダにおけるエボラ出血熱の流行について、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC：フェイク）」と判断しました。

このことを踏まえて、コンゴ民主共和国又はウガンダへの渡航者及びコンゴ民主共和国又はウガンダからの入国者については、下記のとおり対応することとしましたので、その対応に遺漏なきようお願いいたします。

※ウガンダについては、令和８年８月28日をもって除外。

記

１　出入国者への対応

（１）注意喚起

検疫所においては、ポスター（別添１、２）を掲示すること等により、以下の注意喚起を行うこと。

・　コンゴ民主共和国への渡航者に対し、エボラ出血熱の発生及び流行の状況並びに必要な注意事項について、情報提供すること。
・　コンゴ民主共和国に渡航又は滞在したことがある者に対して、入国の際に、検疫官への自己申告を促すこと。

（２）船舶に対する検疫

①　船舶に対する検疫については、検疫法（昭和26年法律第201号。以下「法」という。）第17条第２項に基づき無線検疫を実施するに際し、船舶の長に対して、「エボラ出血熱に関する質問票」（様式１）に必要事項を記入して、検疫所長に提出又は回答するよう求めること。

②　船舶の長から提出又は回答された（様式１）により、到着前21日以内にコンゴ民主共和国に渡航又は滞在したことがある者がいないことが確認された場合には、当該船舶に対する検疫は、他に臨船検疫又は着岸検疫とすべき事由がなければ、通常の無線検疫にて対応すること。

③　船舶の長から提出された（様式１）により、到着前21日以内にコンゴ民主共和

国に渡航又は滞在したことがある者がいることが確認された場合には、当該船舶に対する検疫は、臨船検疫又は着岸検疫により行うこと。

（３）航空機に対する検疫

航空機に対する検疫については、日頃から実施している発熱者の発見のためのサーモグラフィーによる体温測定を行うことに加え、コンゴ民主共和国の国籍を有する者、渡航又は滞在した者に対して、ポスター（別添３、４）を掲示し、検疫官による呼びかけを行うこと等により、検疫官に申し出るよう働きかけること。

２　仮検疫済証の交付

検疫においては、エボラ出血熱の非流行地から来航した船舶及び航空機であっても、到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国に渡航又は滞在したことがある乗組員又は乗客を確認した場合は、一定の期間を定めて仮検疫済証を交付すること。

３　コンゴ民主共和国の国籍を有する者の取扱い

検疫官は、乗客名簿を確認し、コンゴ民主共和国の国籍を有する者の有無をあらかじめ確認すること。

また、コンゴ民主共和国の国籍を有する者に対して、必要に応じて、質問事項用紙（別添５）を用いて、当該者のパスポート等を確認しながら、到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国に滞在したかどうかを尋ねた上で、到着前 21 日以内に当該国に滞在していないことが確認された場合には、様式３「検疫所確認済書」を手渡すこと。

４　コンゴ民主共和国からの入国者の取扱い

到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国に渡航又は滞在していたことが確認された場合には、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）との接触歴や針刺し・粘膜・傷口への曝露などによる直接ウイルスの曝露、コウモリ等の接触などの接触や曝露の態様について、検疫官による詳細な聞き取りを行い、必要に応じて、次の（１）から（４）の対応を行うこと。

（１）隔離

診察の結果、到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国に渡航又は滞在し、38℃以上の発熱又はエボラ出血熱を疑うその他の臨床症状（※）を有し、かつ、次のア又はイに該当する者について、エボラ出血熱が疑われると判断した場合、法第 14 条第１項第１号の規定に基づき隔離の措置をとること。

ア　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）がある者

イ　到着前 21 日以内にギニア、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がある者

※　嘔吐、下痢、食思不振、全身倦怠感等

（２）停留

到着前21日以内にコンゴ民主共和国に渡航又は滞在し、かつ、症状のない者であって、次のアからウのいずれかに該当する者について、エボラ出血熱に感染したおそれがあると判断した場合、同法第14条第１項第２号の規定に基づき停留の措置をとること。

ア　到着前21日以内に、感染予防策をとらず、かつ、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)との接触歴がある者
イ　到着前21日以内にギニア、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がある者
ウ　針刺し・粘膜・傷口への曝露などで直接ウイルスの曝露を受けたもの

（３）健康監視

到着前21日以内にコンゴ民主共和国に渡航又は滞在していたことが確認された者で、（１）のア又はイに該当する者のうち隔離又は停留の対象とならない者については、「検疫法第18条第２項の規定に基づく健康監視について」（令和７年12月25日付け感企発1225第２号健康・生活衛生局感染症対策部企画・検疫課長通知）（以下、「健康監視通知」という。）に基づき対応すること。なお、「健康監視通知」中、「調査票」及び「健康監視対象者用指示書」については、これに代えて本事務連絡の様式４「調査票（エボラ出血熱）」及び様式５「健康監視対象者用指示書兼誓約書」を使用すること。）

法第18条第２項の規定に基づき、国内における居所及び連絡先、氏名、年齢、性別、国籍、職業、旅行の日程並びに当該者がエボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所について報告を求め、様式５「健康監視対象者用指示書兼誓約書」を手渡し、コンゴ民主共和国出国後（接触の可能性のある日が特定できる場合は当該日）504時間（21日）内において、健康監視通知に基づき報告等の対応を求めること。また、様式５「健康監視対象者用指示書兼誓約書」について説明を行い、本書面に記載された事項について遵守する旨の署名を得た上で、検疫所において原本を保管し、写しを健康監視対象者に手交すること。なお、到着前21日以内にコンゴ民主共和国のイツリ州、北キブ州、南キブ州、オー＝ウエレ州、チョポ州、バ＝ズエレ州、南ウバンギ州、北ウバンギ州に渡航又は滞在していたことが確認された場合は、（１）のアに該当するとみなして対応すること。

（４）健康カード

到着前21日以内にコンゴ民主共和国（イツリ州、北キブ州、南キブ州、オー＝ウエレ州、チョポ州、バ＝ズエレ州、南ウバンギ州、北ウバンギ州を除く）に渡航又は滞在していたことが確認された者で、（１）のア又はイに該当しない者については、健康カード（様式２）を手渡すこと。

５　患者等の搬送

エボラ出血熱が疑われると判断し、隔離等の措置をとる場合、各検疫所が作成する検疫感染症措置要領等に従い搬送すること。また、搬送に際しては、感染防御対策を徹底すること。

検体の輸送については、国立健康危機管理研究機構国立感染症研究所までの輸送体

制など、必要な検討をあらかじめ済ませておくこと。

６　報告

隔離又は停留の措置が必要となる可能性のある者を確認した場合は、直ちに検疫所管理室（感染症対策課へは検疫所管理室から報告）に報告すること。

別添１：　出国用ポスター（コンゴ民主共和国へ渡航される方へ）
別添２：　入国用ポスター（コンゴ民主共和国から帰国された方は、検疫官にお申し出ください）
別添３：　コンゴ民主共和国の国籍を有する者用ポスター（英語）
別添４：　コンゴ民主共和国の国籍を有する者用ポスター（フランス語）
別添５：　質問事項用紙

様式１：　エボラ出血熱に関する質問票
様式２：　健康カード
様式３：　検疫所確認済書
様式４：　調査票（エボラ出血熱）
様式５：　健康監視対象者用指示書兼誓約書

コンゴ民主共和国で、エボラ出血熱が発生しています。

【検疫所からのお知らせ】

- ✓ 感染した人の血液や体液、これに汚染された可能性のあるもの、動物（死体を含む）に触らないでください。
- ✓ 病原体に感染したおそれがある方を対象に、最大21日間、健康状態の観察を行います。**コンゴ民主共和国**に渡航又は滞在された方は、帰国時に検疫官にお申し出ください。

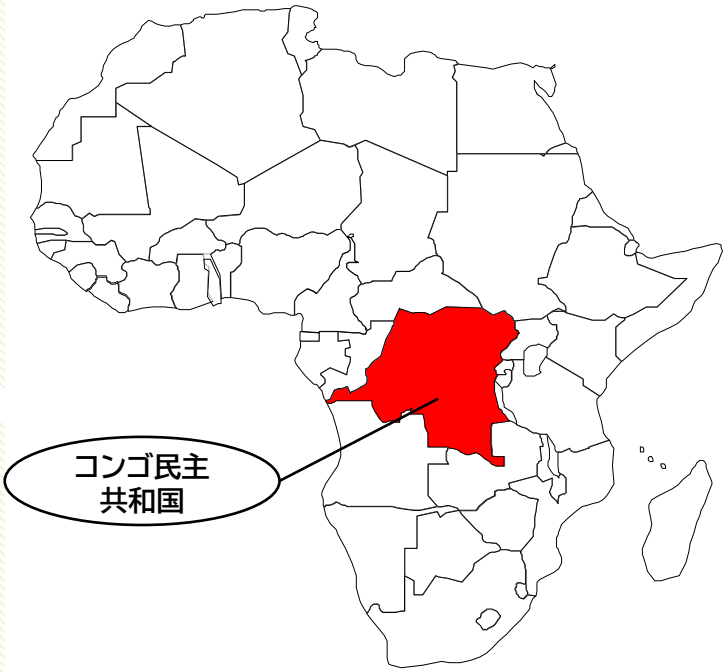
エボラ出血熱

症状

潜伏期間は2日から21日程度で、発熱、全身倦怠感、筋肉痛、頭痛などの症状に始まり、その後、嘔吐、下痢、発疹が出現します。
さらに症状が増悪すると、出血傾向や意識障害が生じます。

感染経路

感染した動物（コウモリ、霊長類など）や感染した人の体液等（血液、分泌物、吐物・排泄物など）との接触などです。



詳しくは
→ → →

海外で健康に過ごすために
厚生労働省 検疫所 FORTH

FORTH 【エボラ出血熱】

厚生労働省検疫所

別添２

アフリカの一部地域において エボラ出血熱が発生しています！

コンゴ民主共和国

に、滞在していた方は、検疫官にお申し出ください。

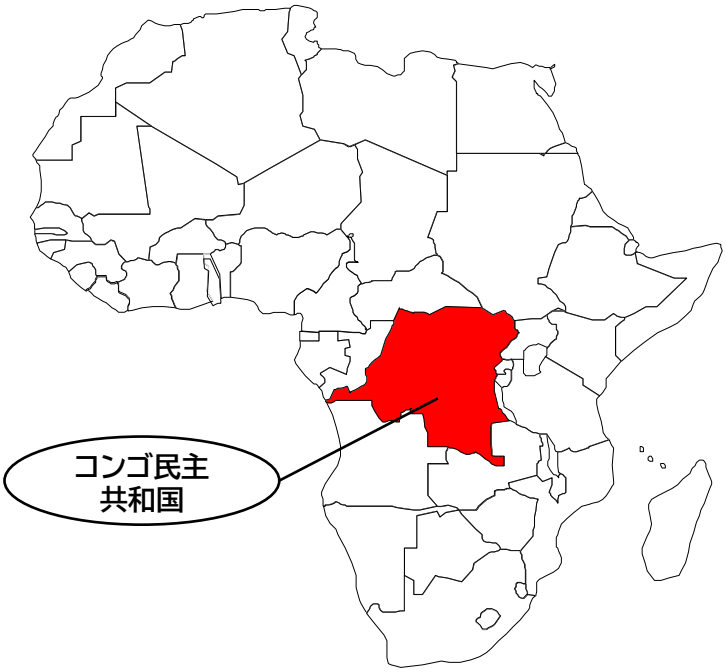
エボラ出血熱

症状

潜伏期間は2日から21日程度で、発熱、全身倦怠感、筋肉痛、頭痛などの症状に始まり、その後、嘔吐、下痢、発疹が出現します。
さらに症状が増悪すると、出血傾向や意識障害が生じます。

感染経路

感染した動物（コウモリ、霊長類など）や感染した人の体液等（血液、分泌物、吐物・排泄物など）との接触などです。



詳しくは
→ → →

海外で健康に過ごすために
厚生労働省 検疫所 FORTH

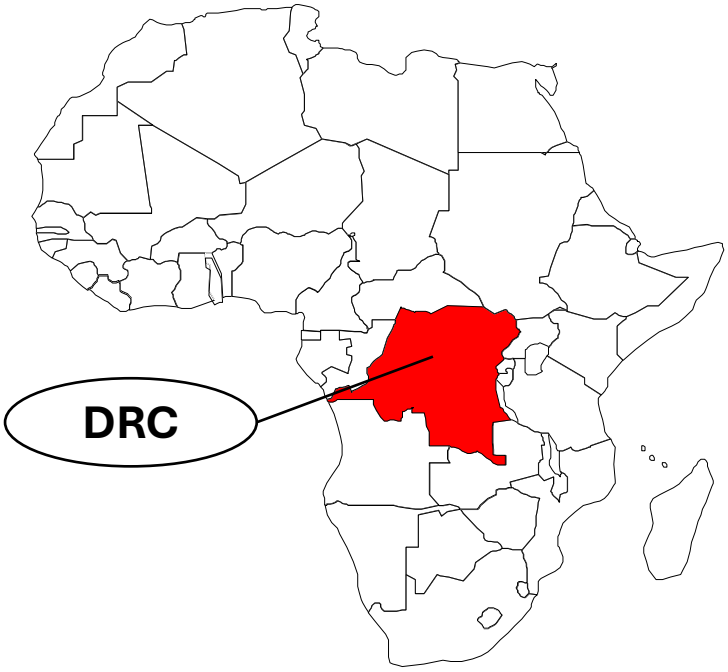
FORTH 【エボラ出血熱】

厚生労働省検疫所

別添 3

Ebola virus disease (EVD) Outbreak!

According to the World Health Organization (WHO), Ebola virus disease (EVD) cases were reported in the Democratic Republic of the Congo (DRC).



【Notice from the Quarantine Station】

If any of the following apply to you, please notify a quarantine officer:

- ✓ **If you are a national of the Democratic Republic of the Congo.**
- ✓ **If you have stayed in the Democratic Republic of the Congo.**

For more information → → →

Quarantine Station website (FORTH)

https://www.forth.go.jp/index.html

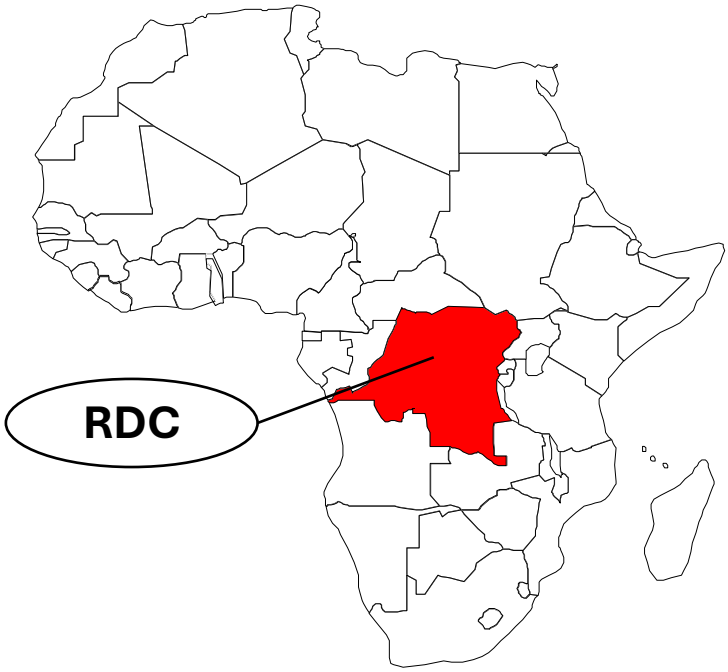
FORTH 【Ebola virus disease】

Quarantine Station, Ministry of Health, Labour and Welfare

別添 4

Flambée de maladie à virus Ebola !

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des cas de maladie à virus Ebola ont été signalés en République démocratique du Congo (RDC) .



【Avis de la station de quarantaine】

Si l'une des situations suivantes s'applique à vous, veuillez en informer un agent de quarantaine :

- ✓ **Si vous êtes ressortissant de la République démocratique du Congo.**
- ✓ **Si vous avez séjourné en République démocratique du Congo.**

Pour plus d'informations → → →

Poste de quarantaine website (FORTH)

https://www.forth.go.jp/index.html FORTH 【Ebola virus disease】

Station de quarantaine du Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale

別添5

お尋ね！Question!

本日から到着前21日以内にコンゴ民主共和国に滞在されていましたでしょうか。
あなたがコンゴ民主共和国に最後におられたのは何月何日ですか?

Did you stay in Democratic Republic of the Congo within the past 21 days ?
What day was your last stay in Democratic Republic of the Congo ? (day and month)

Avez-vous séjourné au cours des 21 derniers jours dans au moins un des pays suivants : République démocratique du Congo ?
Quelle est précisément la date du dernier jour où vous vous êtes trouvé(e) dans chacun des pays suivants :République démocratique du Congo ?(jour et mois)

10月 / October / Octobre 2026

Sun dim	Mon lun	Tue mar	Wed mer	Thu jeu	Fri ven	Sat sam
27	28	29	30	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

11月 / November / Novembre 2026

Sun dim	Mon lun	Tue mar	Wed mer	Thu jeu	Fri ven	Sat sam
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	1	2	3	4	5

本日から到着前21日以内にコンゴ民主共和国に滞在した、又は滞在していなかったことを示すパスポートのページを示してください。
例えば、22日以上前にコンゴ民主共和国を出国した旨のスタンプや、21日以内に、コンゴ民主共和国を出国していないことがわかる他の国のスタンプなどがあればお示しください。

Please point out a page of the passport shows that you did not stay in Democratic Republic of the Congo with in the past 21 days.
For example;
-a date of stamp shows the departure from Democratic Republic of the Congo was more than 22 days ago
-a stamp of other country shows that you did not leave the country within the past 21 days

Présentez les pages de votre passeport qui démontrent votre présence ou absence en République démocratique du Congo du Sud au cours des 21 derniers jours.
Indiquez, par exemple, les tampons de douane qui attestent que vous êtes sorti(e) de la République démocratique du Congo il y a 22 jours ou plus, ou les tampons d’autres pays qui établissent que vous n’êtes pas, au cours des 21 derniers jours, sorti(e) de ces pays touché par l’épidémie.

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

□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 .

☐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:

様式２（健康カード）

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
（エボラ出血熱の流行地域を除く）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、エボラ出血熱の流行地域に滞在しておらず、また、エボラ出血熱の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以下のことを伝え、医療機関の指示に従ってください。

・「コンゴ民主共和国に滞在していた」こと

・エボラ出血熱の流行地域には滞在しておらず、また、エボラ出血熱の患者等との接触がないため、エボラ出血熱に感染しているリスクは低く、通常、標準的な感染予防策（マスクの着用等）で一般の医療機関において対応が可能であると検疫所から説明を受けていること

Form 2（健康カード）

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
(Excluding regions with Ebola outbreaks)
Personnes ayant séjourné en République démocratique du Congo
(À l' exclusion des régions où sévit une flambée de maladie à virus Ebola)

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 stay in an area affected by an Ebola outbreak and 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 séjourné dans une zone touchée par une flambée d' Ebola et 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 of the following 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.
- You had stayed in the Democratic Republic of the Congo
- You have been informed by the quarantine station that, since you did not stay in an area affected by an Ebola outbreak and have had no contact with Ebola patients or related individuals, the risk of Ebola virus disease infection is low, and general medical institutions can respond appropriately using standard infection prevention measures, such as wearing a mask.

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, de ce qui suit, et suivre ses instructions.
- *Vous avez effectué un séjour en République démocratique du Congo*
- *Vous avez été informé(e) par le poste de quarantaine que, étant donné que vous n' avez pas séjourné dans une zone touchée par une flambée d' Ebola et que vous n' avez pas eu de contact avec des patients atteints d' Ebola ou des personnes concernées, le risque d' infection par la maladie à virus Ebola est faible, et que les établissements médicaux généraux peuvent prendre en charge la situation en appliquant les mesures standard de prévention des infections, telles que le port du masque.*

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

Station de quarantaine de ○○ du Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale

20261023

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。

〇〇Quarantine Station, Ministry of Health, Labour and Welfare

Station de quarantaine de 〇〇 du Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale

厚生労働省　　〇〇　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。

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

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

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

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 : Station de quarantaine de ○○ du Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection socialeNuméro 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) _____