

健感発 0718 第 1 号
薬生食検発 0718 第 1 号
令和元年 7 月 18 日

各 検 疫 所 長 殿

健 康 局 結 核 感 染 症 課 長
(公 印 省 略)
医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課
検 疫 所 業 務 管 理 室 長
(公 印 省 略)

「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

コンゴ民主共和国とウガンダ共和国におけるエボラ出血熱については、平成 30 年 8 月 2 日付け及び令和元年 6 月 18 日付け各検疫所長宛事務連絡に基づき、ご対応いただいているところです。

世界保健機関 (WHO) は、コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱の発生が新たに北キブ州の州都ゴマに及んだことを受けて、日本時間 7 月 18 日、この事態が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態 (P H E I C)」に該当すると宣言しました。

このことを踏まえて、コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国への渡航者及びコンゴ民主共和国又はウガンダ共和国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。

なお、別途、出入国在留管理庁に対し、コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国からの渡航者の把握について協力依頼を行っていることを申し添えます。

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。

- ・ コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国へ渡航者に対し、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。
- ・ コンゴ民主共和国又はウガンダ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) 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、検疫所長に提出するよう求めること。

- ② 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又はウガンダ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又はウガンダ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、コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国の国籍を有する者に対して、ポスター（別添3）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又はウガンダ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 コンゴ民主共和国又はウガンダ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、コンゴ民主共和国又はウガンダ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、コンゴ民主共和国又はウガンダ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4）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又はウガンダ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、「検疫所確認済書」（様式2）を手渡すこと。

4 コンゴ民主共和国又はウガンダ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又はウガンダ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、検疫官による聞き取りを行い、必要に応じて、(1)から(3)の対応を行うこと。

(1) 診察等

診察の結果、到着前21日以内にコンゴ民主共和国又はウガンダ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、検疫法（昭和26年法律第201号。以下「法」という。）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、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

また、コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国に渡航又は滞在し、かつ、症状のない者であって、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。

(2) 健康監視

到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国又はウガンダ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については、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、健康監視対象者用指示書(様式 3)を手渡し、コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国出国後(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、1 日 2 回(朝・夕)の体温その他の健康状態について報告を求めるものとする。なお、到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国の北キブ州又はイツリ州、又はウガンダ共和国のカセセ県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。

健康監視に付した者が発生した場合には、直ちに厚生労働省医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全企画課検疫所業務管理室へ連絡を行う(同省健康局結核感染症課へは、同室から連絡)とともに、健康監視発生報告書(様式 4)により報告し、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事(保健所を設置する市又は特別区にあつては、市長又は区長。以下同じ。)に対して、エボラ出血熱患者との接触状況、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を連絡するとともに、健康監視発生連絡票(様式 5)により通知すること。

健康監視の期間中、健康状態に異状を生じた者を確認したときは、法第 18 条第 3 項の規定に基づき、当該者に対し、自宅に待機するべき旨等その他エボラ出血熱の予防上必要な事項を指示するとともに、当該者の居所の所在地を管轄する都道府県知事に対して、当該者の健康状態及び当該者に対して指示した事項を通知書(様式 6)により通知すること。

なお、都道府県知事が外出自粛を要請している者に対して調査を実施している場合、当該調査にて得られた体温等の健康状態の情報を入手することをもって当該者から報告があったこととして対応すること。

さらに、これらの通知を行った場合は、その内容を直ちに検疫所業務管理室を通じて結核感染症課に報告すること。

(3) 健康カード

到着前 21 日以内にコンゴ民主共和国(北キブ州とイツリ州を除く)又はウガンダ

共和国（カセセ県を除く）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7）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、直ちに検疫所業務管理室（結核感染症課へは、検疫所業務管理室から報告）に報告すること。

別添1： 出国用ポスター（コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国へ渡航される方へ）

別添2： 入国用ポスター（コンゴ民主共和国又はウガンダ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： コンゴ民主共和国又はウガンダ共和国の国籍を有する者用ポスター

別添4： 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： 検疫所確認済書

様式3： 健康監視対象者用指示書

様式4： 健康監視発生報告書

様式5： 健康監視発生連絡票

様式6： 通知書

様式7： 健康カード

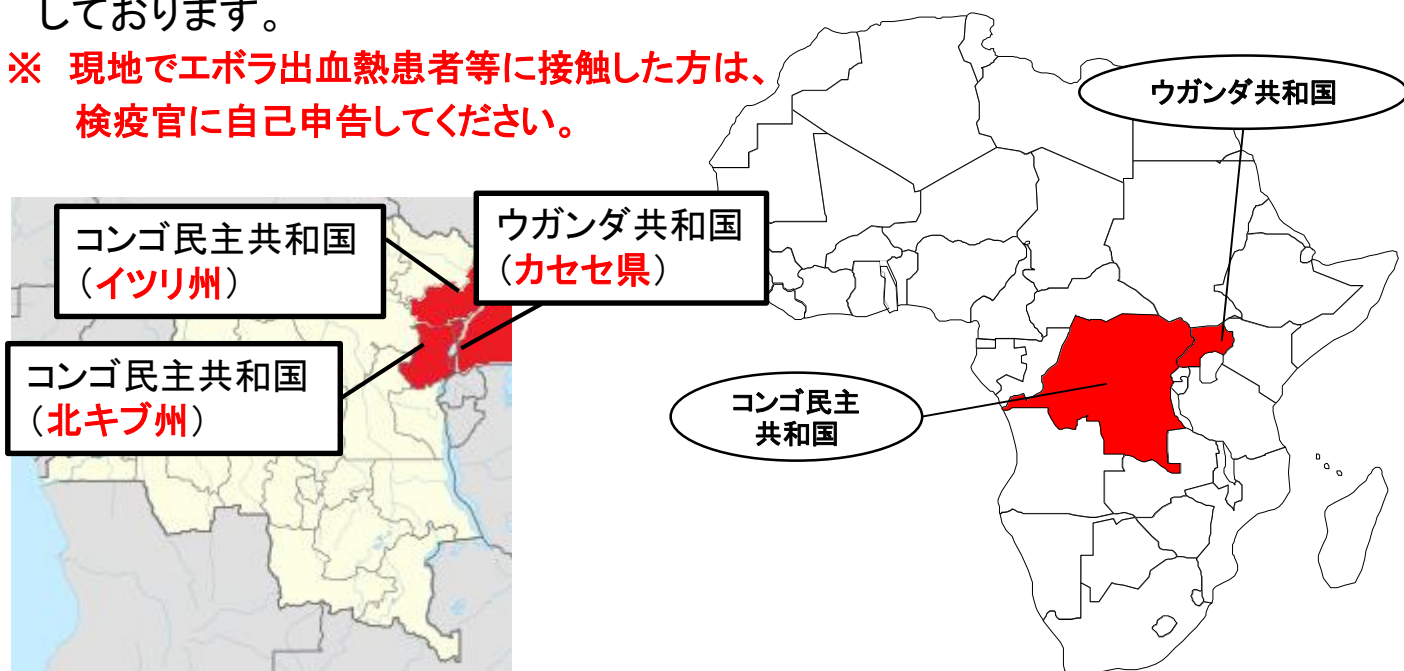
コンゴ民主共和国

ウガンダ共和国

へ渡航される方へ

世界保健機関(WHO)の発表によると、コンゴ民主共和国北キブ州、イツリ州 及び、ウガンダ共和国カセセ県においてエボラ出血熱が発生しております。

※ 現地でエボラ出血熱患者等に接触した方は、
検疫官に自己申告してください。



エボラ出血熱 は、ウイルスに感染した動物やヒトに接触することにより感染し、死亡率の高い(25～90%)病気です。

潜伏期間は、2～21日(通常は7日程度)で突然の発熱、疲労感、筋肉痛、頭痛、咽頭(のど)痛で発症します。それらに引き続き、おう吐、下痢、腎機能や肝機能の低下がみられ、進行すると全身に出血傾向がみられる場合もあります。

この病気に対する確立された治療法やワクチンは今のところありません。流行地域に近づかないことが重要です。

感染した人の血液や体液、これら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。



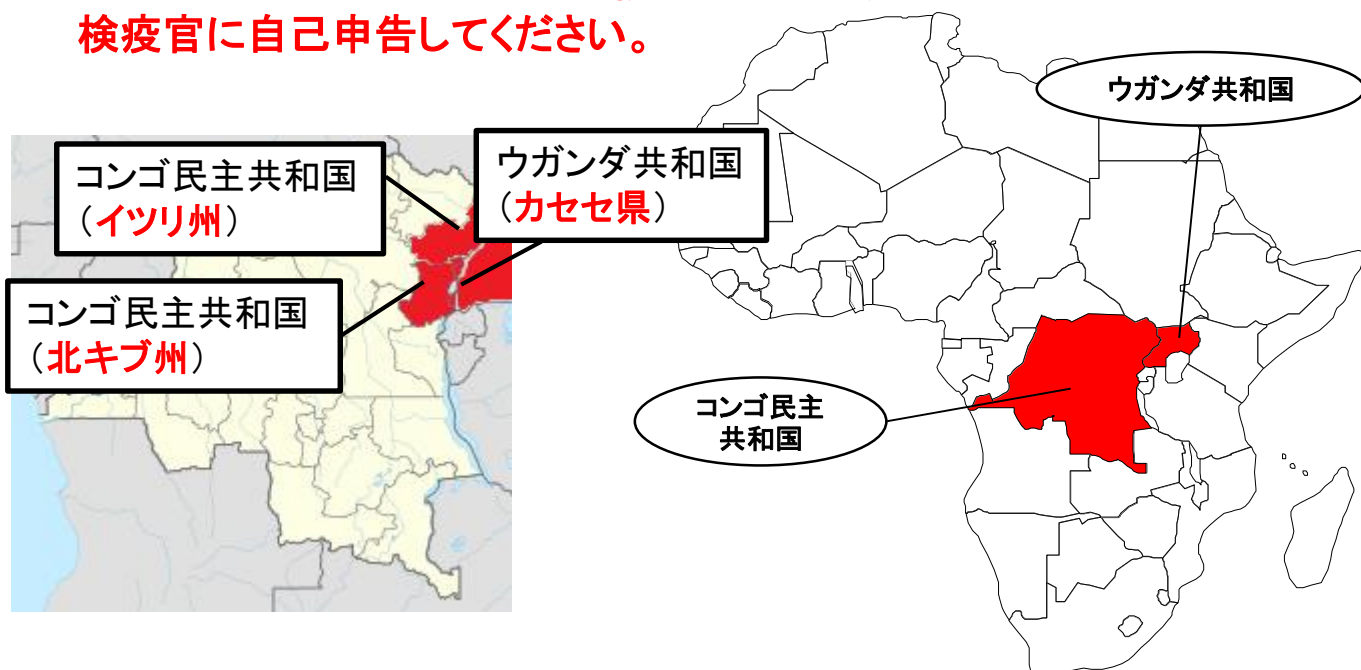
コンゴ民主共和国

ウガンダ共和国

に滞在していた方は、
検疫官にお申し出ください。

世界保健機関(WHO)の発表によると、コンゴ民主共和国北キブ州、イツリ州 および、ウガンダ共和国カセセ県においてエボラ出血熱が発生しております。

※ 現地でエボラ出血熱患者等に接触した方は、
検疫官に自己申告してください。



エボラ出血熱 は、ウイルスに感染した動物やヒトに接触することにより感染し、死亡率の高い(25~90%) 病気です。

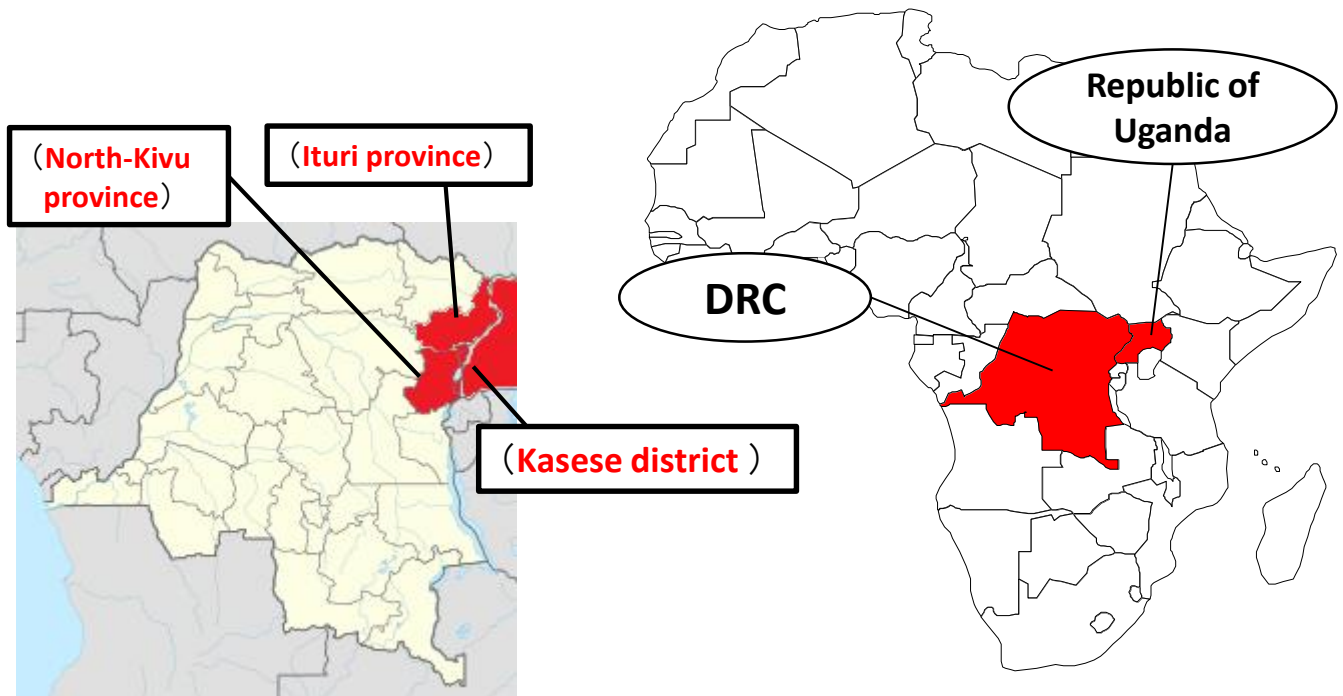
潜伏期間は、2~21日(通常は7日程度)で突然の発熱、疲労感、筋肉痛、頭痛、咽頭(のど)痛で発症します。それらに引き続き、おう吐、下痢、腎機能や肝機能の低下がみられ、進行すると全身に出血傾向がみられる場合もあります。



Please consult a quarantine officer if you have stayed in Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda.

According to the World Health Organization (WHO), Ebola virus disease (EVD) cases were reported in North-Kivu and Ituri provinces of Democratic Republic of the Congo (DRC) and Kasese district of Republic of Uganda.

※ **If you have had direct contact with EVD patient in DRC or Republic of Uganda, please consult a quarantine officer.**



EVD spreads through human to human via direct contact with blood or bodily fluids of infected people. The case fatality rate is from 25 to 90%. The incubation period is 2 to 21 days. First symptoms are sudden fever, fatigue, muscle pain, headache, and sore throat. They are followed by vomiting, diarrhea, renal or liver dysfunction, and in some cases, bleeding.



お尋ね！ Question!

本日から到着前21日以内にコンゴ民主共和国またはウガンダ共和国に滞在されていましてしょうか。
あなたがコンゴ民主共和国またはウガンダ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 or Republic of Uganda within the past 21 days ?

What day was your last stay in Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda ? (day and month)

Avez-vous séjourné au cours des 21 derniers jours dans au moins un des pays suivants : République Démocratique du Congo ou République d'Ouganda?

Quelle est précisément la date du dernier jour où vous vous êtes trouvé(e) dans chacun des pays suivants : République Démocratique du Congo ou République d'Ouganda? (jour et mois)

6月 / June / Juin 2019

7月 / July / Juillet 2019

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
dim	lun	mar	mer	jeu	ven	sam
26	27	28	29	30	31	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	6

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
dim	lun	mar	mer	jeu	ven	sam
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	1	2	3

本日から到着前21日以内にコンゴ民主共和国またはウガンダ共和国に滞在した、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またはウガンダ共和国を出国した旨のスタンプや、21日以内に、コンゴ民主共和国またはウガンダ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てください。

Please point out a page of the passport shows that you did not stay in Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda within the past 21 days.

For example;

-a date of stamp shows the departure from Democratic Republic of the Congo or Republic of Uganda 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 dans République Démocratique du Congo ou République d'Ouganda 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 ou République d'Ouganda 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 touchés par l'épidémie.

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・・・コンゴ民主共和国及びウガンダ共和国

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、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 :

船長又は船医署名 :

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下さい。

〇〇Quarantine Station, Ministry of Health, Labour and Welfare
Lazaret de 〇〇, Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales

厚生労働省 〇〇 検疫所

よくお読みになってコンゴ民主共和国及びウガンダ共和国出発後21日間保管してください。

健康監視対象者用指示書

あなたは、検疫法第18条第2項に規定する健康監視対象となります。本日から
(年 月 日)までの間、次の項目を守ってください。

年 月 日

〇〇検疫所長

- (1) 毎日2回(朝、夕)体温を測り、下記の連絡先に毎日1回その日の健康状態について、電話で連絡してください。
- (2) 「発熱」の症状が出た場合には、ただちに下記の検疫所に連絡するとともに、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、絶対に直接医療機関に行かないでください。
- (3) 検疫所からもあなたの体調について、確認の電話をする場合がありますので、正確にご報告ください。

記

連絡先： 厚生労働省 〇〇 検疫所 電話：〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

調査票番号： _____

注) 検疫法第18条第2項に規定する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、検疫法第36条第7号の規定により6月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処されることがあります。

事 務 連 絡
年 月 日

検疫所業務管理室 御中

○ ○ 検 疫 所

エボラ出血熱に係る健康監視対象者の発生について

標記について、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生しましたので、下記のとおりご連絡します。

なお、当該情報はエボラ出血熱に関する積極的疫学調査のため行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）第8条第2項第3号の規定により提供するものです。

記

1. 接触状況

	有り	無し
(1) 必要な感染予防策 ^{*1} なし ^{*2} で、		
① 症例 ^{*3} の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理 ^{*4} の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(2) 必要な感染予防策を講じて、		
① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(3) (1)、(2) 以外で症例に関わった者		
① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の同居の家族等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 基本情報

項目	氏名	年齢	性別	国籍	職業
内容					

3. 国内における居所及び連絡先、旅行の日程

(1) 国内における居所及び連絡先

国内における居所	連絡先(携帯電話、電話番号、メールアドレス等)	家族など本人以外の連絡先(携帯電話、電話番号、メールアドレス等)

(2) 健康監視期間中における旅行の日程

日付	国内における居所、旅行先	連絡先	備考
/			
~ /			
/			
~ /			
/			
~ /			

健康監視起算日 / 出国日 到着日 その他 ()
 健康監視終了予定日 / (起算日から 21 日後)

4. エボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所

感染したことが疑われる国名等：

コンゴ民主共和国及びウガンダ共和国における用務（渡航目的等）：

5. 航空機の情報

便名	発航地	到着日時	検疫開始時間	乗員数	乗客数

※1 「必要な感染予防策」：二重手袋、サージカルマスク又はN95マスク、ゴーグル又はフェイスシールド等眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服等の装着を言う。

※2 「必要な感染予防策なしで」：上記を装着しなかった又はただしく着脱しなかった（例：脱ぐときに体液が付着）ことをいう。

※3 「症例」：確定患者、死亡患者の死体

※4 「検体処理」：検査室等において検体を取り扱うこと。適切に梱包された検体の輸送は含まない。

事 務 連 絡
年 月 日

都 道 府 県
各 保 健 所 設 置 市 衛 生 主 幹 部 (局) 御 中
特 別 区

○ ○ 検 疫 所

エボラ出血熱に係る健康監視対象者の発生について

標記について、エボラ出血熱に係る健康監視対象者が発生しましたので、下記のとおりご連絡します。

なお、当該情報はエボラ出血熱に関する積極的疫学調査のため行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）第8条第2項第3号の規定により提供するものです。

記

1. 接触状況

	有り	無し
(1) 必要な感染予防策 ^{*1} なし ^{*2} で、		
① 症例 ^{*3} の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理 ^{*4} の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(2) 必要な感染予防策を講じて、		
① 症例の血液、唾液、便、精液、涙、母乳等の接触への有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の検体処理の実施の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例のおおむね1メートル以内の距離で診察、処置、搬送等の従事の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し
(3) (1)、(2) 以外で症例に関わった者		
① 症例に関わった医療従事者・搬送従事者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 症例の同居の家族等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 症例と同じ飛行機に1メートル以内の距離で同乗した者等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 症例の搭乗した飛行機の担当客室乗務員、清掃員等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 基本情報

項目	氏名	年齢	性別	国籍	職業
内容					

3. 国内における居所及び連絡先、旅行の日程

(1) 国内における居所及び連絡先

国内における居所	連絡先(携帯電話、電話番号、メールアドレス等)	家族など本人以外の連絡先(携帯電話、電話番号、メールアドレス等)

(2) 健康監視期間中における旅行の日程

日付	国内における居所、旅行先	連絡先	備考
/			
~ /			
/			
~ /			
/			
~ /			

健康監視起算日 / 出国日 到着日 その他 ()
 健康監視終了予定日 / (起算日から 21 日後)

4. エボラ出血熱の病原体に感染したことが疑われる場所

感染したことが疑われる国名等：

- ※1 「必要な感染予防策」：二重手袋、サージカルマスク又は N95 マスク、ゴーグル又はフェイスシールド等眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服等の装着を言う。
- ※2 「必要な感染予防策なしで」：上記を装着しなかった又はただしく着脱しなかった(例：脱ぐときに体液が付着) ことをいう。
- ※3 「症例」：確定患者、死亡患者の死体
- ※4 「検体処理」：検査室等において検体を取り扱うこと。適切に梱包された検体の輸送は含まない。

通 知 書

年 月 日

(都道府県知事、保健所設置市市長、特別区区長)

_____ 殿

_____ 検疫所長

下記のエボラ出血熱の健康監視対象者について、検疫法第18条第2項の規定に基づく帰国後の健康状態の報告を求めていたところ、健康状態に異状を生じたことを確認したので、同法第18条第3項の規定に基づき次のとおり通知します。

記

ふりがな			
氏名：	年齢：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍：

当該者の国内における居所、連絡先、渡航先、検疫時の状況等については、別添の調査票（又は健康状態質問票）を参照してください。

入 国 後 の 状 況	当該者に指示した事項、感染症のまん延防止・医療に必要な事項等
	確定のための検査 国立感染症研究所へ・依頼中 ・結果 () 検体番号：
	入国後 年 月 日の健康状況 体温 ℃
	その他特記事項
参 考	当該者の濃厚接触者 無・有

(様式7)

よくお読みになって21日間保管してください。

コンゴ民主共和国及びウガンダ共和国に滞在された方へ

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」、「食思不振」、「全身倦怠感」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、「コンゴ民主共和国及びウガンダ共和国に滞在していた」ことを伝え、指示に従ってください。

厚生労働省 ○○検疫所

TEL : ○○-○○○-○○○○