

# 自己健康状況観察表（7日間）

## Personal Health Monitoring Form

氏名 Name: \_\_\_\_\_ 旅券番号 Passport No. : \_\_\_\_\_

7日間 7 Days	日付 Date	体温 Body Temperature	陽性者と近距離 で接触したこ と はありますか Have you been in close contact with anyone who has been tested positive for nucleic acid?	発熱、倦怠感、呼吸 器症状等新型コロナ ウイルス感染症を疑 う症状はありますか Do you have any suspected symptoms of infection such as fever, fatigue or respiratory discomfort?	解熱剤や風邪 薬等の薬を使 用しましたか Have you taken any medicine for fever or cold, etc.?
1日目 Day 1			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2日目 Day 2			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3日目 Day 3			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4日目 Day 4			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5日目 Day 5			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6日目 Day 6			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7日目 Day 7			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

上記の記載内容に相違ないことを誓約します。虚偽か判明した場合、法的責任を負います。

I hereby declare that the information provided above is true, accurate and complete, and I am aware of the legal consequences in the case of partial or false disclosures.

署名 Signature: \_\_\_\_\_ 連絡先 Telephone Number: \_\_\_\_\_