

SARS 問診票（入国・帰国後10日間用）

氏名 _____ 年齢／性 _____ 歳 M／F

所属部局 _____

受入れ責任者

〔	担当教官	内線	E-メール	〕
	担当事務官	内線	E-メール	

住所（入／帰国後） _____

電話／ファックス _____ E-メール _____

同居者／支援者 _____

滞在国（都市） _____ 経由地 _____

滞在期間 年 月 日 ～ 年 月 日

入国日 年 月 日

- ・滞在地（経由地）の SARS 伝播状況：
- ・ SARS 例との接触の有無： あり／なし
- ・ 医療機関受診の有無： あり／なし（医療機関名 _____）
- ・ 滞在中の周囲から発症した場合の滞在地からの連絡 _____ もらえる／もらえない

症状

	入国日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
体温 朝										
夕										
咳										
呼吸困難										
その他										

保有マスク

種類

保有枚数