

QUESTIONÁRIO

Solicitamos preencher o formulário para facilitar o procedimento de quarentena no departamento de Saúde dos Portos do Japão..

Nome Completo _____
Primeiro Nome / Sobrenome

Nacionalidade _____ Passaporte N° _____

Sexo M F Idade _____ Data de chegada _____
AAAA / MM / DD

No. do voo ou Nome da Aeronave _____ Assento N° _____

Endereço de contato no Japão

_____ Tel. _____

Por favor, informe os países / territórios em que esteve nas últimas 4 semanas.

Por favor, assinale os sintomas abaixo caso você os tenha sentido nas últimas 4 semanas antes da chegada. (Se você teve qualquer um dos problemas de saúde listados abaixo ou algum outro, por favor relate-o ao oficial da Quarentena).

diarréia	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	dor abdominal	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
vômito	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	dor de cabeça	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
dor de garganta	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	erupções na pele	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
icterícia	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	convulsão	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
tosse violenta	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	dispnéia	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
febre	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	hemorragia anormal	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
outros	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____		

Qualquer pessoa que, tendo conhecimento, forneça informação falsa ou recuse responder uma pergunta pode ser punida pelo regulamento da Lei da Quarentena.

Quarantine Station, JAPAN