Aussteigekarte für Reisende / 旅行者用 所在追跡カード

Sehr geehrte(r) Reisende(r),
auf Ihrem Schiff befindet sich möglicherweise ein Passagier mit einer ansteckenden Erkrankung. Zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz vor einer Weiterverbreitung der Infektion möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Angaben zu Ihrer Person zu machen:
旅行者の皆様
乗船された船には感染症にかかった旅客がいる可能性があります。お客様ご自身の保護のため、また感染症の拡大を防ぐため、以下について個人データ記載をお願いします。

Diese Angaben dienen uns dazu, Sie im Falle einer Infektionsgefährdung zu informieren und zu beraten. Sie werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und umgehend gelöscht, falls kein Infektionsrisiko mehr besteht.
このデータは、感染の危険性がある場合、お客様にお知らせして助言するために使われます。データは当目的のためにのみ使用され、感染リスクがなくなれば即時抹消されます。

Schiffsname / 船の名前：

Letzter Hafen / 最後の寄港地

Nummer der Kreuzfahrt / クルーズ番号

Reisezeitraum von - bis/ 旅行期間　～から～まで　　**Kabinen Nr. / キャビン番号**

Pass-Nr. / パスポート番号

Name / 姓　　**Vorname / 名**

Geburtsdatum / 生年月日：　**日にち　　月　　西暦**　　**Geschlecht / 性別**

Nationalität / 国籍

m/男　**w / 女**

Heimatadresse / 自宅住所/ Straße / 住所/ Nr./ 番地

Postleitzahl /Ort / 郵便番号 ／ 市

Land / 国:

Telefon-Nr. / 電話番号 / Handy-Nr. / 携帯電話番号:

E-Mail メールアドレス

Aufenthaltsort in den nächsten 10 Tagen / 今後10日間の滞在先: Straße / 住所 /Nr. / 番地

Postleitzahl / Ort /郵便番号 ／ 市:

Land / 国:

Telefon-Nr. / 電話番号:

Angaben zu Ihrer Reise / 旅行データ:

Abreise von / 出発地: **Nach / 目的地:**

Gesundheitsfragen / 健康状態に関する質問

1. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost?	Ja	☐	Nein	☐
過去24時間以内に熱や悪寒がありましたか。	はい	☐	いいえ	▪
2. Hatten Sie in der letzten Zeit Husten oder Atembeschwerden	Ja	☐	Nein	☐
最近咳または胸苦しいことがありましたか。	はい	☐	いいえ	▪
3. Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf-und Gliederschmerzen?	Ja	☐	Nein	☐
鼻水がでたり、喉の痛み、頭痛、節々の痛みがありましたか。	はい	☐	いいえ	▪
4. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder dünnen Stuhl	Ja	☐	Nein	☐
過去24時間以内に嘔吐、下痢がありましたか。	はい	☐	いいえ	▪
5. Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippesymptome (Influenza) zeigte?	Ja	☐	Nein	☐
過去10日以内に熱や咳等インフルエンザ症状の病人と接触しましたか。	はい	☐	いいえ	▪
6. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	Ja	☐	Nein	☐
慢性疾患を持っていますか。	はい	☐	いいえ	▪

7. Wenn ja- welche: もしある場合は、どんな疾患ですか。:

Welche Länder, einschließlich Ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 10 Tagen besucht? Beginnen Sie mit dem zuletzt besuchten Land.
自国を含め、過去10日以内に訪れた国はどこですか。最後に訪れた国から順に書いてください。

1. **2.** **3**

4. **5.** **6.**