



香港特別行政區衛生署
HKSAR Department of Health
健康監察問卷
Health Surveillance Questionnaire
Questionnaire pour le Contrôle Sanitaire

姓 Surname *Nom*:

名 Given Names *Prénoms*:

(請用證件內的姓名 As printed in identity documents *Tels qu'inscrits sur les pièces d'identité*)

性別 Sex *Sexe*:

男 Male *Masculin* 女 Female *Féminin*

出生日期
Date of Birth

Date de Naissance

護照 / 港澳證 / 身份證號碼
Passport / Identity Card No.

N° de Passeport / Carte d'Identité

國籍

Nationality

Nationalité

車次 / 船次 / 航班號

Vehicle / Ship / Flight No.

N° de Véhicule / Navire / Vol

聯絡方法 Ways of contact *Moyens de contact*

電話/流動電話號碼
Tel./Mobile Phone No
N° de Tél./Portable

電郵地址
Email
Email

Official use only

1. 如過去 21 天曾到訪以下的國家 / 地區，請加上 ✓

Please put a ✓ if you have travelled to the following areas in the past 21 days

Veuillez inscrire une ✓ si vous avez voyagé dans les zones suivantes au cours des 21 derniers jours

幾內亞 *Guinea Guinée*

利比里亞 *Liberia Liberia*

塞拉利昂 *Sierra Leone Sierra Leone*

尼日利亞 *Nigeria Nigeria*

剛果民主共和國 *Democratic Republic of the Congo République Démocratique du Congo*

2. 過去 21 天內，有否接觸過懷疑 / 證實感染埃博拉(伊波拉)病毒病的患者或其屍體，
或該患者的血液、分泌物、器官或其他體液？

Have you come into contact with a suspected / confirmed patient of **Ebola Virus Disease** or
his/her dead body, or his / her blood, secretion, organs or bodily fluids in the past 21 days?

*Êtes-vous entré(e) en contact avec un(e) patient(e) atteint(e) de façon supposée / confirmée de la
Maladie à Virus Ebola, ou avec son cadavre, son sang, ses sécrétions, ses organes ou ses fluides
corporels au cours des 21 derniers jours ?*

有 *Yes Oui*

否 *No Non*

3. 如有以下徵狀，請加上 ✓

Please put a ✓ if you have any of the following symptoms

Veuillez inscrire une ✓ si vous présentez l'un des symptômes suivant

發燒 *Fever Fièvre*

腹瀉 *Diarrhoea Diarrhée*

嘔吐 *Vomiting Vomissements*

皮疹 *Skin rash Éruption cutanée*

出血 *Bleeding Saignements*

日期
Date
Date

旅客簽名
Signature
Signature