



Health Declaration Form
Ministry of Health, Myanmar

Please fill using the capital letters/请填写英文

Flight Number/လေယာဉ်ခရီးစဉ်အမှတ်/航班号 Seat Number (if Assigned)/ ထိုင်ခုံအမှတ် (ရပြီးပါက) 座位号 (如果有

Port of Origin/စတင်ထွက်ခွာသည့်မြို့နယ်/始发地 Arrival Date/ ရောက်ရှိရက်စွဲ/到达时间

Full Name/အမည်အပြည့်အစုံ/全名 Age/အသက်/ 年龄

Nationality/နိုင်ငံသား/国籍 Passport/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်/护照号码

Full Address in Myanmar/နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ在缅甸的详细地址/ Hotel Name(ဟိုတယ်အမည်/酒店名称)

Number/အမှတ်/号码 Street/လမ်း/街道 Ward/ရပ်ကွက်/区

Township/မြို့နယ်/镇 Region/State(တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်)省/邦 Phone No./ဖုန်း/电话

Only to be filled by Foreigners/ နိုင်ငံခြားသားခရီးသည်များသာဖြည့်ရန် / 外国人需要填写

Types of Visa (Tourist/Business/Social/Diplomat/Others) 签证类型 (旅游/商务/探亲/外交/其他)

Purpose of Visit 访问的目的

Destinations/目的地1、 Length of Stays/停留时间1、 天 联系 Contact Phone/电话1、

သွားလာမည့်ဒေသများ 2、 နေထိုင်မည့်ကာလ2、 天 联系电话2、

3、 停留时间3、 天 联系电话3、

FIT/Package 散客/ 跟团 Number of Member in your travel group 您的旅行团成员人数

Name of Contact in Myanmar and Ph no. 缅甸联系人的名字和电话

Do you have any of following signs and symptoms? 你有下列任何体征和症状吗？

Please tick the relevant boxes if you have any signs and symptoms. Please mark crossing the relevant boxes if you do not have any signs and symptoms/ သင့်တွင် ရောဂါလက္ခဏာရှိပါက အမှန် (✓) မရှိပါက (X) ခြစ်ပါရန်

如果您有任何体征和症状，请勾选相关方框。如果您没有的体征和症状，请打叉相关方框。

- Rash or Vesicles/အရေပြားအနီစက်(သို့မဟုတ်) အရည်ကြည်ဖုထွက်ခြင်း: 皮疹或水疱 High body temperature/ ဖျားခြင်း: 体温高
Swollen Lymph Node/ကိုယ်ခန္ဓာအကျိတ်ဖုများ ယောင်ယမ်းခြင်း: 淋巴结肿大 Headache /ခေါင်းကိုက်ခြင်း/头痛
Muscle Ache/ကြွက်သားနာကျင်ခြင်း/ 肌肉酸痛 Fatigue/ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း/疲劳
Sore throat/လည်ချောင်းနာခြင်း/喉咙疼痛 Others/ အခြားရောဂါလက္ခဏာများ/其他症状

Do you have any contact with Mpox suspected or confirmed cases within last 21 days? If yes, please tick the "Yes" box. If not, Please tick the "No" box.

Mpox-မျောက်ကျောက်ရောဂါ သံသယလူနာ/အတည်ပြုလူနာများနှင့် လွန်ခဲ့သော (၂၁) ရက်အတွင်း ထိတွေ့မှုရှိပါသလား၊ ရှိပါက "ရှိ" တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန် မရှိပါ "မရှိ" တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန် / 您是否在过去21天内与Mpox (猴痘) 疑似或者确诊病例有过接触？如果有，请勾选“是”。如果没有，请勾选“否”。

- ရှိ / Yes / 是 မရှိ / No / 否

Countries visited within 21 days. /လွန်ခဲ့သော ၂၁ ရက်အတွင်း သွားရောက်ခဲ့သည့် နိုင်ငံများ / 您在过去21天内访问的国家

I will strictly follow the instructions on Quarantine and laboratory testing by Ministry of Health. ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ ချမှတ်ထားသော Quarantine စည်းကမ်းချက်များနှင့် ဓာတ်ခွဲနမူနာစစ်ဆေးခြင်းများအား လက်ခံသဘောတူပါသည်။ 我将严格遵守卫生部的检疫和实验室检测指示。

I certified that the information is accurate and correct. If not I aware that legal action will be taken. ဖြည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ပြည့်စုံပါသည်။  
မမှန်မကန်ဖြည့်သွင်းပါက တည်ဆဲဥပဒေအရ အရေးယူခြင်း ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ 我确认所填信息准确无误，否则，我知悉将承担相应的法律责任。

Signature of passenger/ခရီးသည်၏လက်မှတ်/旅客签名 : -----