**新冠肺炎流行期间就诊病人筛查登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本信息姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别:( 男 / 女 ) 本人电话:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人身份证号码 | |  | | | | | 现住址 | |  | | | | | |
| 联系人及电话 | |  | | | | |  | | | | | | | |
| 二、是否有以下以下流行病学史 | | | | | | | 如有请在相应项目前打勾并填写具体地点 | | | | | | | |
| 1.近14天内您有去过以下地方吗？ □境外（具体国家地区:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_），□或其他有病例报告社区（具体地点 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）， □都没有 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.发病前您接触过以下地区来的发热或呼吸道症状的患者吗？ □境外（具体国家、地区\_\_\_\_\_\_\_\_\_）， □其他有病例报告的社区（具体地点\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）， □都没有 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.发病前14天内您接触新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）（ ）有，（ ）无 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 近14天您的家庭、学校等小范围内有无出现2例或以上发热或呼吸道症状的病例 （ ）有；（ ）无   5.发病前您接触过高风险国家人员,（ ）有，（ ）无 | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有以下症状（如有请在症状后打勾） | | | | | | | | | | | | | | |
| 发热、自测体温： | | | | | | 乏力 | |  | | 鼻塞 |  | | 流涕 |  |
| 咳嗽 |  | | 呼吸困难 |  | | 呕吐 | |  | | 腹泻 |  | | 咽痛 |  |
| 其他症状： |  | | 现场测温： | | | | | 问询人签名： 日期： | | | | | | |
| 我保证,上述内容属实，  本人签名： | | | | | 医生核实后签名： | | | | | | | 填表日期： | | |