**北部战区空军医院门、急诊新冠COVID-19流行病学调查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | 年龄： | 联系电话： |
| 居住地： | 证件号： |
| 1.本次来院前 14 天内，有无全国疫情中高风险地区旅行史或居住史：有（时间： 地点： ） | 无 |  |  |
| 2.本次来院前 14 天内，是否有接触来自中高风险地区或来自病例报告社区的人员有（时间： 地点： ） 无 |
| 3.本次来院前近 14 天内，与新型冠状病毒感染者（核酸阳性者）有接触史。有（时间： 地点： ） 无 |
| 4.本人、家人或同事从事高风险职业（如冷链，进口食品或货物接触史）。有（时间： 地点： ） 无 |
| 5.有聚集性发病：本次来院前 14 天内，在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现 2 例及以上发热和/或呼吸道症状（发热、咳嗽、咽痛、气短、胸闷等）的病例。有（如发热、咳嗽、胸闷、咽痛、气短、腹泻，其他： ） 无 |
| 6.本次来院前近 14 天内本人及近亲属是否有境外人员接触史有（时间： 地点： ） | 无 |  |  |
| 7.本次来院前近 21 天内是否有境外旅行史：有（时间： 地点： |  | ） |  | 无 |  |  |
| 8.是否有如下症状：发热： 有（体温： ） 无寒战、干咳、咳痰、咽痛、腹泻、嗅觉异常等症状： 有 （ ） | 无 |  |  |
| 9、本人或陪同家属承诺所述真实（签字）： |
| 问诊人员： | 时间： | 年 | 月 | 日 |  |  |

请确认上述情况属实，根据《传染病防治法》及新冠肺炎防控要求， 提供不实信息将承担相应法律责任。