



2019 冠状病毒病症状检查器



必须使用此表格来确保您没有 2019 冠状病毒病症状并且对他构成有限的风险

*必填项

日期 *

DD

MM

YYYY

姓名 *

联系方式 - 电子邮件*

联系方式详细信息 - 手机号码**

您当前是否被诊断患上或者认为自己可能患上 2019 冠状病毒病 ? *

- 是
- 否

在过去 14 天中，您是否有任何 2019 冠状病毒病症状？

高温（发烧）*

- 是
- 否

新出现连续咳嗽*

- 是
- 否

新出现无法解释的呼吸急促*

- 是
- 否

在过去 14 天内，您是否曾与 2019 冠状病毒病确诊病例或疑似病例有过接触*

- 是
- 否
- 可能

如果您对以上任何一个问题的回答为“是”，则应留在家中并告知您的直属经理和医生。您应遵循所在地区的现行公共卫生指南。



2019 冠状病毒病症状检查器



请注意，下一个问题仅适用于医务人员

在过去 14 天内，对确诊感染或疑似感染 2019 冠状病毒病的患者进行检查时，是否已通过增添适当的个人防护设备实施所有感染预防措施？

- 是
- 否
- 不适用