



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人构成有限的风险

***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