附件2

**“新冠”调查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **电话号码** |  |
| **近2周内 您是否在国内及国外疫情高风险地区居住？** | **有：（ ）** **无： □** |
| **近2周内 您是否去过国内及国外疫情高风险地区？** | **有：（ ）** **无： □** |
| **近2周内 您是否有与国内及国外疫情高风险地区来的人接触过？** | **有： □****无： □** |
| **近2周内 您是否接触过新型冠状肺炎核酸检测阳性病例？** | **有： □****无： □** |
| **近2周内 您居住地是否有新型冠状肺炎核酸检测阳性病例？** | **有： □****无： □** |
| **近2周内 您家人或者同事是否有同时或者先后出现发热、咳嗽等症状？** | **有： □****无： □** |
| **您近期是否出现以下症状：** | **发热□ 寒战□ 乏力□ 干咳□ 鼻塞□ 流涕□ 腹泻□ 咽痛□****头痛□ 喘憋□ 气短□ 恶心□ 呕吐□ 胸痛□ 呼吸困难□****肌肉酸痛□ 关节酸痛□ 结膜充血□ 以上均无□** |

**签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

提醒：做好疫情防控，人人有责。您必须如实填写以上报表，配合医院做好疫情防控工作，拒不配合疫情防控工作、有隐瞒事实、恶意扰乱疫情防控工作秩序的，造成严重后果的，将依法追究刑事责任。

**谢谢配合！**