**海淀区医疗机构新型冠状病毒肺炎筛查表 请在□处打√**

姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证件号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

住址（具体到门牌号）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是□ 否□ 14天内是否有国内中高风险区居住史或旅行史；

是□ 否□ 14天内是否去过境外；

如是，所去国家 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_到京日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是□ 否□ 14天内是否有病例报告社区的旅行史或居住史 ；

是□ 否□ 14天内是否与新型冠状病毒感染的患者或无症状感染者有接触史；

是□ 否□ 14天内是否曾接触过来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者

是□ 否□ 14天内周围有2名或2名以上发热和/或呼吸道症状的患者。

是□ 否□ 14天内是否有发热、干咳、咳痰、咽痛、乏力、腹泻、味觉异常、嗅觉异常等症状（有其一症状即选择“是”）；

**患者/家属签字： 日期：**

**重要提示：《传染病防治法》规定隐瞒疫区旅游史或接触史者要承担相应法律责任**