**体检人员疫情相关信息排查表**

**（每人一张打印出来填好信息，体检当天带过来）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号码 | | | 联系电话 |
|  |  | | |  |
| 有无发热有无呼吸道症状（咳嗽、气急、卡他症状等）、腹泻等症状 | 有无与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史 | 有无聚集性发病（28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/或呼吸道症状的病例） | 有无境外旅居史,有无与境外抵锡人员密切接触史 | 有无非低风险、有病例报告社区的旅居史及接触史 |
| 有□ 无□ | 有□ 无□ | 有□  无□ | 有□ 无□ | 有□  无□ |

注：选择项请打√

**我郑重承诺以上情况均为属实，如有瞒报则按照中华人民共和国传染病防治法承担相应的法律责任。**

医务人员签名： 客户签名：

日期：

