**锦州医科大学附属第三医院流行病学调查表-1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **个人信息：** | | |
| 姓名： 性别：□男/□女 年龄： 岁 职业：  身份证号： 现住址：  电话： 联系人姓名： 联系人电话： | | |
| **流行病学史：** | | |
| 1.体检前14天内有大连市、新疆维吾尔自治区等重点地区，或其他有病例报告地区的旅行史或居住史； | | □否/□是，  描述细节： |
| 1. 体检前14天内曾接触过来自大连市、新疆维吾尔自治区等重点地区，或来自有病例报告地区的发热或有呼吸道症状的患者； | | □否/□是，  描述细节： |
| 3.聚集性发病； | | □否/□是，描述细节： |
| 4.与新型冠状病毒感染者有接触史（新型冠状病毒感染者是指病原核酸检测阳性者）； | | □否/□是，描述细节： |
| 5.体检前14天内有国外旅行史或居住史及接触过来自国外的人员。 | | □否/□是，描述细节： |
| **症状：** | | |
| 有无发热 | □否/□是，最高体温 ℃ | |
| 有无咳嗽 | □否/□是， | |
| 有无咳痰 | □否/□是， | |
| 有无气促/呼吸困难 | □否/□是， | |
| 承诺：本人向医生所讲述的内容真实、有效。  签 字：  签字日期： | | |
| 医师签名： 签字日期： | | |