附件2

**流行病学史调查确认表**

（新型冠状病毒）

姓名： 年龄： 性别： 身份证号： 电话：

尊敬的体检人员：

为了您和家人健康安全，请您（监护人）积极配合，认真阅读并如实填写以下问题：

（1）近14天内，患者是否有国家目前公布的中、高风险地区，或其他有新型冠状病毒病例报告的社区,或境外疫情严重国家或地区的旅行史或居住史。是（ ）否（ ）

（2）近14天内，患者是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史。是（ ）否（ ）

（3）近14天内，患者是否曾接触过来自国家目前公布的中、高风险地区，或境内其他有病例报告的社区，或境外疫情严重国家或地区的的发热或有呼吸道症状的患者。是（ ）否（ ）

（4）是否有聚集性发病。14天内在小范围内（如家庭、办公室、学校班级、车间等场所），出现2 例及以上发热和/或呼吸道症状的病例。是（ ）否（ ）

（5）患者目前健康码颜色：（绿色 黄色 红色 无）

 **注意事项：**

本调查表依据《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）》、《新型冠状病毒肺炎防控方案（第六版）》，结合上级卫生行政部门要求制定。请患者（监护人）如实告知近14天出现的发热、乏力、干咳、精神弱、呼吸急促等表现，是否有鼻塞、流涕、咽痛、肌痛、呕吐、腹泻等症状，便于医师结合临床表现和实验室检查进行新冠排查。患者如符合《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）》疑似病例诊断标准，或不能排除新冠，立即执行上级规定的新冠病毒疑似病例就地隔离及相关采样、确认、转诊等流程，请您及陪人无条件配合。

该调查表由患者（监护人）仔细阅读后填写，并签字确认，医院存档。

以上内容属实，如有隐瞒，自愿承担法律责任。

体检人员签字： 年 月 日