**武警山西省总队医院流行病学询问史**

**体检人姓名 性别 口男 口女 年龄 岁**

**您好！感谢您对武警山西省总队医院的信任，为配合新冠肺灸疫情防控，避免院外输入性感染，降低院内感染发生率，防止疫情扩散蔓延，为您和您的家人提供安全的诊疗环静，根据《中华人民共和国传染病法》、《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》、《新型冠状病毒感染的肺炎防控方案》，需要您配合做好以下事项，请您认真阅读以下内容并确认签字：**

1. 近30天内是否有新冠肺炎持续传播地区的旅行史或居住史；

口旅行史 口居住史 口否

2、是否接触过有新冠肺炎持续传播地区的发热或有呼吸道症状的人： 口是 口否

3、是否接触过有新冠肺炎持续传播地区的旅行史或居住史的人：口是 口否

4、是否与新型冠状病毒肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者的接触史：口是 口否

5、患者同一营区、同一家庭、工作单位、托幼机构或学校等集体单位是否有聚集性发病？ 口是 口否 口不清楚

6、近日有无使用退热药品？ 口是 口否

7、本人或家属近30天内是否有从省外、国外返并的人员？

口是 口否

**以上情况武警山西省总队医院已经详细告知，我充分了解上述内容，并确认提供的信息属实，若信息不真实，愿承担相应责任。**

**体检人签名（家属）(手印）： 电话：**

**签名时间： 年 月 日 时 分**

**接详护士签名： 签名时间： 年 月 日 时 分**