

附件 3

宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院  
新冠病毒肺炎疫情防控知情同意书

患者姓名：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

诊疗卡号/身份证号码：\_\_\_\_\_

一、您 14 天内是否有发热、咳嗽等呼吸道症状？（请在□内打“√”）

是：体温：\_\_\_\_\_℃ 否

二、近 14 天内是否去过国外、香港以及国内中高风险地区\*，或有病例报告的社区？

是 否

三、近 14 天内是否接触过来自国外、香港以及国内中高风险地区\*的发热或有呼吸道症状的患者？

是 否

四、近 14 天内是否与新冠病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触？

是 否

五、近 14 天内您的家庭或办公室等小范围内是否出现 2 例及以上发热和/或呼吸道症状的病例？

是 否

六、您 14 天内从哪个地区来本市？

一直在本市 国内：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区

香港 澳门 台湾 境外：（填写国家或地区）

本人保证，以上内容真实无误，如有瞒报，愿承担法律责任。

患者/填表人签名：

日期：2021 年 月 日

**注意事项：**

1. 请如实填写此表，就诊时交给预检分诊的工作人员或前台导诊护士。

2. 此表存档时间为 3 个月，“\*”疫情中高风险地区以填写时政府部门公布为准。