附件一：

诸暨市中医医院流行病学调查表

根据我市新冠疫情防控相关工作部署，为积极落实疫情防控，有效切断传播源，减少交叉感染，请如实填写以下事项：

姓名：                       性别：£男  £女

身份证号码：                 联系电话：

地址：         省       市（县）

1.您是否有以下十大症状？

£发热 £腹泻

£鼻塞 £流涕 £咽痛 £干咳 £乏力 £嗅觉味觉减退 £结膜炎  £肌痛

£无上述症状

2.14天内您从事的行业是：

£集中隔离点工作人员、£进口冷链监管仓或加工人员、£口岸工作人员

£不是以上人员

3.14天内是否前往中高风险区所在县（市、区）旅居、边境城市旅居、境外旅居？

£否   £是：     省     地区或        （国家）

4.您是否属于“密接、次密接及其他重点管控人员解除管控后14天内”的人员？

£否  £是

5.您是否在14天内与上述“第2条、第3条、第4条合并十大症状”人员有接触史。

£否  £是

**我已阅读上表所有事项，并保证以上填报内容正确属实。**

签名：              日期：