附件4：

**长沙市第三医院新冠肺炎防控健康信息登记表**

 姓名：  居住地址：                            联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 |  体温  | 是否有相关症状（发热、干咳、乏力、嗅（味）觉减退、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻） | 近2周内是否有新型冠状病毒肺炎确诊或疑似病例接触史 | 14天内是否有病例或无症状感染社区、或境外疫情严重国家或地区的旅行史或居住史 | 14天内是否与新型冠状病毒感染者(核酸检测阳性者)有接触史 | 14天内是否接触过来有病例或无症状感染社区、或境外疫情严重国家或地区的发热或有呼吸道症状的患者 | 是否有聚集性发病（2例及以上） | 湖南省健康码是否绿码 | 共同生活及居住人员是否为红黄码 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

注：1．请每天如实详细进行记录。  2．来院时，须带此健康信息登记表。

**本健康卡所填内容完全真实，如有弄虚作假，一切责任自负。（本人签名）：                    年  月  日**