附件 2

博白县防控新冠肺炎初筛情况调查及知情告知书

姓　　名 _____ 性别 _____ 年龄 _____

身份证号码 _____

详细居住地 _____联系电话 _____

您好！根据《中华人民共和国传染病防治法》，一切单位和个人，必须接受有关传染病的调查、检验、隔离治疗等预防、控制措施，如实提供有关情况，如违反法律规定导致传染病传播、流行及其他不良后果者，需承担相应的法律责任。为做好新冠肺炎的防控工作，请您如实填写本表内容并保证所填写内容的真实可靠。为了您和大众的身体健康，感谢您的配合！

一、有无以下临床表现（请在□内打√）

（一）发热：有□　无□　　体温最高：_____　　首次发热出现时间：_____

（二）其他症状：乏力□　干咳□　鼻塞□　流涕□　咽痛□　咳嗽□　肌肉酸痛□ 腹痛□　呕吐□　腹泻□　胸闷□　胸痛□ 呼吸困难□

二、流行病学调查（请在□内打√，发病是指出现以上症状，需要具体描述者请填写相关内容）

（一）近 30 天内是否有境外或 14 天内是否有国内高、中疫情风险地区的旅行史或居住史 是□　否□　旅行或居住地：_____ 离开时间：_____

（二）近 30 天内是否接触过来自境外、14 天内是否接触过来自国内疫情高、中风险地区或的发热或有呼吸道症状的人员：是□　否□
接触人员来自：_____ 最后接触时间：_____
接触对象症状：_____

（三）近 14 天内是否接触过新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性）：是□　否□　　最后接触时间：_____　病例来自：_____

医务人员已明白告知本人及陪同人员以上事项，本人已明白告知事项并保证所提供调查资料的真实可靠。

签名　_____执行筛查者签名_____

日期:　　年　　月　　日