

# 疫情防控告知书

\_\_\_\_\_您好:

新型冠状病毒感染的肺炎列入乙类传染病, 疫情流行期间采取甲类传染病的预防、控制措施。根据《中华人民共和国传染病防治法》规定, 您有义务提供真实准确的信息, 回答医务人员的问题, 如有隐瞒、谎报相关信息, 导致传染病传播、流行, 给他人造成人身、财产损害的, 要依法承担法律责任。

医务人员已向我告知, 我了解隐瞒实情的危害性, 本人承诺: 陈述病史、流行病学史及个人相关信息属实, 如有隐瞒按《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规接受处罚。

| 病史、流行病学史  |   |
|---|---|
| 1. 近期是否有发热 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$                            | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 2. 近期是否有发热、干咳、乏力、嗅觉, 味觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状                | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 3. 14天内是否来自国外、国家即时发布的中高风险等地区                                      | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 4. 14天内是否来自有聚集现象的区域(聚集现象是指: 两周内家人、办公室、学校、班级出现2例及以上有发热和/或呼吸道症状的病例) | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 5. 14天内是否接触来自国外、国家即时发布的中高风险等地区和聚集地区有发热和/或呼吸道症状的患者                 | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 6. 14天内是否接触确诊病例、疑似病例、或无症状感染者: 是否接触有病例报告的社区(同一小区)发热或有呼吸道症状的患者      | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 7. 14天内是否有聚集、聚餐、聚会的经历   | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |
| 8. 14天内是否有国外或其他省市旅行史或居住史  | 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> |

体检者签字:

联系电话:

家长签字:

联系电话:

时间: 年 月 日