**惠州市第三人民医院  
新型冠状病毒肺炎流行病学史问卷**

|  |
| --- |
| 姓名： 性别：□男 □女 国籍： |
| 本人电话： 住址： |
| 本人身份证号码/护照号/诊疗卡号： |
| 1.疫情期间您有到过以下地方吗？  □都没有 □湖北或武汉 □其他明确的新冠肺炎疫区  □国外境外（如有，时间：＿＿＿＿ 国家或地区：＿＿＿＿ 路径：＿＿＿＿） |
| 2.疫情期间您接触过以下地区来的人员吗？  □都没有 □湖北或武汉 □其他明确的新冠肺炎疫区  □国外境外（如有，时间：＿＿＿＿ 国家或地区：＿＿＿＿ 路径：＿＿＿＿） |
| 3. 14天内是否有与新型冠状病毒感染者、无症状感染者（核酸检测阳性者）或疑似病例有接触史？ □是 □否 |
| 4. 聚集性发病（2周内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2例及以上发热和/或呼吸道症状的病例）？ □是 □否 |
| 5.14天内您有没有发热或咳嗽或感冒等不适？ □其他症状＿＿＿＿＿＿＿  □没有 □有：具体是：□发热 □咳嗽 □乏力 □腹泻/呕吐 □咽痛 |
| 本人保证，上述填报内容属实，如有隐瞒或虚假陈述，愿意承担相关法律责任。本人签名确认： 填表日期： |
| 护士签名： 填表日期： |
| 医生签名： 填表日期： |

**请如实填写此表，交门口预检人员检查，看病时请交给医生（包括陪同人员问卷），并留医生诊室（未填表不能就诊，原则上患者就医只限1人陪同。）**

关注以下微信服务号，可实现以下多种掌上功能：预约挂号、门诊缴费、门诊排班查询、报告查询、网约护理、互联网医院（端口）、住院清单查询、住院押金补缴、病案复印。