|  |
| --- |
| **自贡市第一人民医院供应商来院采购调研活动防疫筛查登记表**姓名及电话： 性别： 年龄： 到访科室： 身份证号： 近期居住地： 来院时间： 年 月 日 预计离院时间： 年 月 日来院办理事项： 单位名称： **根据中国疾病预防控制中心《新型冠状病毒感染的肺炎公众防护指南》，及疫情防控相关要求请如实填写以下内容：**1. 请问您最近4周内是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史？

🞎 无 1. 请问您最近4周内是否接触过来自境外，或来自国内其他高中风险地区的发热或有呼吸道症状的患者？

🞎 无 1. 请问您最近4周内家属或周围密切接触人员是否有高中风险地区旅行史或居住史？是否接触过来自高中风险地区或者境外的呼吸道症状的患者？

 🞎 无 1. 请问您近期内有无发热？

🞎 无 1. 请问您近期内有无咳嗽、恶心、呕吐、腹泻、乏力？

🞎 无 1. 请问是否进行新冠疫苗接种？ 🞎有 第几针？
2. 健康码颜色？ 🞎 绿色
3. 行程码是否为**√？**： 🞎 是
4. 国家政务服务平台中同行密接人员自查是否安全？ 🞎 是
5. 24小时核酸结果 🞎阴性
6. 佩戴口罩类型 🞎外科口罩 🞎N95口罩（备注：佩戴口罩类型请按这两类选择。）

**温馨提示：**1. 严禁未经预约备案的医药代表、销售代表进入医院。
2. 确因物资配送、设备维护、技术支持等业务需要进入科室的，请相关科室做好疫情防控筛查登记。
3. 法律规定公民应如实向医务人员主动报告疫情相关信息，迟报、瞒报、谎报、乱报将依法追究相关责任。

到访人员签字： 。本院筛查人员签字：邓莉媛。来访科室负责人签字：刘萍 。  |