附件

|  |
| --- |
| **自贡市第一人民医院外来人员防疫筛查登记表**  姓 名： 性别： 年龄： 到访科室：  身份证： 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： 联系电话：  **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 🞎有（接触方式、地点、时间）   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 🞎有（接触方式、地点、时间）   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 🞎有   1. 请问您近期内有无发热？   🞎 无 🞎有（出现及消退时间）   1. 请问您近期内有无咳嗽、恶心、呕吐、腹泻、乏力？   🞎 无 🞎有（出现及消退时间）  **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：  科室负责人签字： 年 月 日 时 |