**青岛市妇女儿童医院体检筛查表**

各位体检者：

目前根据相关规定，请如实填写以下信息，否则将承担法律责任!!!

1. 基本信息

姓名： 性别： 年龄： 岁 联系电话：

体温： ℃ 单位：

二、目前症状 （目前我的主要症状是什么?）

口 发热 口 咳嗽 口 呼吸急促(青少年或成人每分钟呼吸次数＞30次/分) 口 轻微活动后气喘 口 四肢无力、全身乏力 口 肌肉酸痛 口 头痛 口 腹泻、恶心、呕吐 口 有其他症状

三、流行病史 （过往14天，我有无“可疑接触”?）

口 近14天内，我去过国外或接受过国外相关礼物。

口 近14天内，我去过湖北、武汉、北京及周边地区或其他有病例报告社区的旅行史或居住史。（备注具体行程 ）

口 近14天内，我接触过有发热咳嗽等症状的可疑高危人群或接触过新冠肺炎病毒核酸检测阳性者。

口 近14天内，我接触过从国外、北京返回或者从事野生动物相关工作的亲友。

口 近14天内，我周围2周内小范围如家庭、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。

口 近14天内，我口服过退烧药或感冒药。

口 以上情况都没有。

体检者签名：

日期： 年 月 日