**东丽区中医医院患者流行病学调查表及承诺书**

姓名: 联系电话： 身份证号码: 体温： ℃

1. 7天内发热、干咳、乏力、嗅觉味觉减退、咽痛、腹泻? 是口否口
2. 新冠疫苗接种史 是口否口
3. 7天内国内高中低风险地区或境外疫情严重国家或地区的旅行史或居住史?(按照当天高中低风险地区询问) 是口否口
4. 与7天内高中低风险地区旅行史或居住史的人员接触史? 是口否口
5. 7天内接触过新冠病毒感染确诊病例或无症状感染者? 是口否口
6. 7天内曾接触过国内有病例报告社区或境外疫情严重国家或地区的发热、乏力、咳嗽、咽痛等有呼吸道症状的患者? 是口否口
7. 聚集性发病(7天内在小范围如家庭、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)? 是口否口
8. 您曾确诊新冠肺炎? 是口否口
9. 本人或共同居住者为冷链食品加工销售、农贸市场、餐饮和快递等服务行业从业人员? 是口否口
10. 近期是否就诊其他医院，应用药物史(特别是退热药物)? 是口否口

注:以上为“是”的请填写详细情况及行动轨迹。我保证，上述内容属实。

根据《中华人民共和国传染病法》，有任何隐瞒和疫情相关事宜，均属违法行为，个人需承担相应法律责任。

本人签名确认:

接诊医生签名:

年 月 日