诸暨市中医医院流行病学调查表

根据我市新冠疫情防控相关工作部署，为积极落实疫情防控，有效切断传播源，减少交叉感染，请如实填写以下事项：

姓名： 性别：男 女

身份证号码： 联系电话： 地址： 省 市（县）

1.您是否有以下十大症状？

□发热 □腹泻

□鼻塞 □流涕 □咽痛 □干咳 □乏力 □嗅觉味觉减退 □结膜炎 □肌痛

□无上述症状

2.14天内您从事的行业是：

□集中隔离点工作人员、□进口冷链监管仓或加工人员、□口岸工作人员

□不是以上人员

3.14天内是否前往中高风险区所在县（市、区）旅居、边境城市旅居、境外旅居？

□否 □是： 省 地区或 （国家）

4.您是否属于“密接、次密接及其他重点管控人员解除管控后14天内”的人员？

□否 □是

5.您是否在14天内与上述“第2条、第3条、第4条合并十大症状”人员有接触史。

□否 □是

**我已阅读上表所有事项，并保证以上填报内容正确属实。**

签名： 日期：