附件3

**新冠肺炎疫情期间体检客户调查表（必填）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名:** |  | **电话:** |  |
| **现详细住址:** | **\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_小区\_\_\_\_\_\_\_幢\_\_\_\_单元\_\_\_\_\_\_室** |
| **身份证号:** |  |
| **工作单位名称:** |  |
| **家属联系人姓名:** |  | **电话:** |  |
| **是否有以下接触史** |
| **近2周内您是否在湖北省、北京市、大连市、新疆、河南省信阳市和南阳市、安徽省安庆市、温州乐清市、国外居住** | **有：湖北🞏北京🞏大连🞏新疆🞏信阳🞏 南阳🞏 安庆🞏 乐清🞏 国外🞏****无：🞏** |
| **近2周内您是否去过湖北省、北京市、大连市、新疆、河南省信阳市和南阳市、安徽省安庆市、温州乐清市、国外** | **有：湖北🞏北京🞏大连🞏新疆🞏 信阳🞏 南阳🞏 安庆🞏乐清🞏 国外🞏****无：🞏** |
| **近2周内您是否有与湖北省、北京市、大连市、新疆、河南省信阳市和南阳市、安徽省安庆市、温州乐清市、国外来的人接触过** | **有: 🞏****无: 🞏**  |
| **近2周内您是否接触过新型冠状肺炎确诊病例** | **有: 🞏****无: 🞏**  |
| **近2周内您居住地是否有新型冠状肺炎确诊病例** | **有: 🞏****无: 🞏** |
| **近2周内您家人或者同事是否有同时或者先后出现发热、咳嗽等症状** | **有: 🞏****无: 🞏** |
| **近2周内您是否有乘坐火车、飞机、客轮等长途交通工具** | **有: 🞏****乘坐区间： 到****乘坐车次：****无: 🞏** |
| **您近期是否出现以下症状** | **发热🞏 寒战🞏 乏力🞏 干咳🞏 鼻塞🞏 流涕🞏 腹泻🞏 咽痛🞏****头痛🞏 喘憋🞏 气短🞏 恶心🞏 呕吐🞏 胸痛🞏 呼吸困难🞏****肌肉酸痛🞏 关节酸痛🞏 结膜充血🞏 以上均无🞏** |

**签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**提醒：**

**做好疫情防控，人人有责。您必须如实填写以上报表，配合医院做好疫情防控工作。拒不配合疫情防控工作、隐瞒事实、恶意扰乱疫情工作秩序的，造成严重后果的，将依法追究刑事责任。**