



传染性疾病预防工具

请回答以下的所有问题。

这些资料可以帮助我们保障患者和工作人员的安全。

1. 你是否被确诊患有新冠病毒病 (COVID-19) 或者在过去 10 天内是否有接触过新冠病毒患者？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 你是否出现发烧或发冷？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
你是否有出现皮疹？ [^]	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
你是否出现了咳嗽、呼吸短促或喉咙痛的症状？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
你是否出现了身体或肌肉疼痛的症状？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
你是否出现了流鼻涕或鼻塞？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
你最近是否丧失了味觉或嗅觉？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
你是否出现恶心、呕吐或腹泻的症状？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
只针对探访者：		
3. 你是否已做了疫苗完全接种？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果“否”，你有在过去 72 小时内 COVID-19 核酸检测 (PCR) 的阴性结果吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4. 在过去 21 天内，你或家庭成员是否曾到访美国境外？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果“是”，请说明地点 _____？		
回来日期 ____/____/____		
5. 在过去 21 天内您是否曾与感染埃博拉/拉沙热/马尔堡、麻疹、中东呼吸综合症冠状病毒 (MERS)、腮腺炎、水痘、猴痘或其他任何已知非寻常的高传染性疾病患者有过密切接触？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果问题 1, 2 或 5 的答案为“是”，请立即告知工作人员		

[^] 皮疹虽然不是新冠病毒的常见症状，但是其他传染病例如水痘和麻疹的征兆