**北京市医疗机构新型冠状病毒肺炎筛查表 请在□处打√ 编号**

姓名\_\_\_\_\_\_\_性别 年龄 电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证件号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 体温

现住址（具体到门牌号）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是□ 否□ 14天内是否有国内中高风险区居住史或旅行史；

是□ 否□ 14天内是否去过境外；

如是，所去国家 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_到京日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是□ 否□ 14天内是否去过中高风险地区；如是，请填写具体时间和地点名称 ；

是□ 否□ 14天内是否有发热、咳嗽、乏力等症状（有其一症状即选择“是”）；

是□ 否□ 14天内是否曾接触新冠病毒感染者；

是□ 否□ 14天内是否曾接触来自于有病例报告社区的发热/有呼吸道症状的患者；

是□ 否□ 14天内周围有2名或2名以上发病的患者。

**患者/家属签字：\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_年 月 日 时间： 时 分**

 **护士签字：**

**重要提示：《传染病防治法》规定隐瞒疫区旅游史或接触史者要承担相应法律责任**