



传染性疾病筛查工具 (用于患者分诊处/登记处)

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. 您是否有以下任何症状 (选择所有适用的) ?

- | | | |
|----------------|----------------------------|----------------------------|
| 发烧或发冷? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 皮疹? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 新发咳嗽、呼吸短促或喉咙痛? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 身体或肌肉疼痛? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 疲劳/不适? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 恶心、呕吐或腹泻? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 丧失了胃口/味觉或嗅觉? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

2. 在过去 21 天内，您或家庭成员是否曾到访美国境外?

- 如果“是”，请说明地点 _____?
- 是 否
- 回来日期 ____/____/____

3. 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的患者有过密切接触?

是 否

如果问题 1 或 3 的答案为“是”，请立即告知工作人员

