**附件2：**

廊坊市妇幼保健院

新冠肺炎疫情期间流行病学调查表

根据《中华人民共和国传染病防治法》以及当前疫情防控要求，需要对您进行医学询问，请您如实回答。

姓名： 性别： 身份证号： 职业： 手机号：

家庭住址： **当前体温： ℃**

1.发病前14天内是否有境外或国内中高风险地区（按照国家发布的最新通报执行） 病例报告社区的居住或旅行史？ 有□ 无□

2.发病前14天内是否与新冠病毒核酸检测/IGg/IGM阳性或无症状感染者有接触史？ 有□ 无□

3.发病前14天内是否接触过来新冠肺炎中高风险地区，或境内其他有病例报告的社区，或境外疫情严重国家或地区的发热或有呼吸道症状的患者？有□ 无□

4.近14天您所在范围内，如家庭、办公室、学校班级、车间、工地等场所，是否出现2例及以上发热和/或呼吸道症状的病例？有□ 无□

5.您2周内有以下表现吗？有□ 无□

感冒样症状：乏力、发热、咳嗽、肌肉酸痛、头疼□

喘憋、呼吸急促□

恶心呕吐、腹泻□ 心慌、胸闷 □

结膜炎（红眼病样表现：眼睛涩红、分泌物）□

6.是否出示健康码? 绿码□ 黄码□ 红码□

7.是否出示行程卡？绿码□ 黄码□ 红码□

8.来院人员去向：

9.陪同人员姓名： 身份证号：

**招聘人员及陪同人员均需填写《流行病学调查表》**。**本人承诺，以上情况全部属实，如故意隐瞒病情或流行病学史导致漏诊或疫情传播，自愿承担相关法律责任。**

本人签字：

流调结论：正常□ 到发热门诊进行排查□

预检分诊人员签名：

 年 月 日 时 分