疫情期间诊所和门诊部预检分诊登记表

就诊日期： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | 现住址 | |  | |
| 职业 |  | 健康码情况 | | 绿 红 | |
| 体温 |  | 就诊主要症状 | |  | |
| 14天内是否出 现如下症状 | 发热 | 是否 | 咽痛 | | 是否 |
| 咳嗽、干咳 | 是否 | 腹泻 | | 是否 |
| 胸痛、胸闷 | 是否 | 乏力 | | 是否 |
|  | 嗅觉味觉减退或丧失 | 是否 | 鼻塞、流涕 | | 是否 |
|  | 肌痛 | 是否 | 结膜炎 | | 是否 |
|  | 其他 | 是否 |  | |  |
| 流行病学史 | 14天内国内中高风险及重点关注地区旅居史 | | | | 是否 |
| 14天内是否接触新冠病例（确诊、疑似、无症状） | | | | 是否 |
| 新冠病毒感染史 | | | | 是否 |
| 境外旅居史（如有请注明入境国家、时间） | | | | 是否 |
| 其他 |  | | | | |
| 国内中高风险及重点关注地区（关注疫情、随时调整） | | | | | |
| 患者确认并签名： | | | | | |