

2019 新型冠状病毒感染风险自我评估表 2

(由有感染风险的人在家中填写此表)

个人信息

名字 : 姓氏 :
性别 : 男 女 出生日期 :
电话号码 :
电子邮箱 :

流行病学调查

1. 在出现症状的前 14 天内, 是否去过已确诊 2019 新型冠状病毒的国家?
 是 否 不知道。如果答案是“是”, 请填写:
地点 到达日期: 离开日期:
地点 到达日期: 离开日期:
地点 到达日期: 离开日期:
到达意大利的日期
2. 在出现症状的前 14 天内, 是否与已确诊 2019 新型冠状病毒的病人接触过?
 是 否 不知道

临床信息

症状发作日期:

呼吸道症状: 咳嗽, 咽痛, 呼吸困难

全身症状: 发烧或低烧, 头痛, 肌肉疼痛, 全身不适, 虚弱无力, 体重下降, 厌食,
 意识模糊, 头晕

慢性病史:

癌症: 是 否, 不知道,

心血管疾病: 是 否, 不知道,

糖尿病: 是 否, 不知道,

免疫缺陷: 是 否, 不知道,

呼吸道疾病: 是 否, 不知道,

肾脏疾病: 是 否, 不知道,

代谢疾病: 是 否, 不知道,

肥胖症: 是 否, 不知道,

其他慢性病:

根据流行病学依据, 出现至少一种呼吸道症状或体征和/或至少一种全身性症状或体征, 请联系您的家庭医生; 如果已经出现相关明确症状请直接联系 118 或拨打免费热线 1500, 有会中文的工作人员在线接听。