附件 1

西南医科大学附属口腔医院来访人员健康申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 筛查内容 | 有/是 | 无/否 | 备注 |
| 1.前28天有港台地区和国外旅居史。 |  |  |  |
| 2.前14天内有境内中高风险所在地级市 (省会 城市 、直辖市所在区) 旅居史。 |  |  |  |
| 3.前14天内有 A 类地区 (疫情输入我省风险高的 地市)、前14天内有 B 类地区 (除 A 类地区外 ,有 本 土疫情 发 生 的 省 外其他地 市)有本 土疫 情 发 生 的县 (市 、 区 、旗) 旅居史 |  |  |  |
| 4.前14天内有中高风险地区所在县 (市 、区 ) 和 直辖市、省会城市所在街道旅居史。 |  |  |  |
| 5.14天内被判定为新冠肺炎病毒感染者 (确诊病 例或无症状感染者) 的密切接触者和密接的密接。 |  |  |  |
| 6.前14天内有新冠肺炎确诊病例、无症状感染者 报告社区的发热和/或有呼吸道症状患者接触史。 |  |  |  |
| 7.来访者为已治愈出院的确诊病例和已解除集中隔离 医学观察的无症状感染者，尚在随访或医学观察期内。 |  |  |  |
| 8.有发热 、干咳 、乏力 、咽痛 、嗅 (味) 觉减退、 腹泻等症状且未排除传染病感染者。 |  |  |  |
| 9.核酸检测情况： |
| 10.来访事由及对接科室/部门： |
| 本人郑重承诺 ， 以上内容真实准确 ，严格落实佩戴 口罩等防护措施。单位： 电话： 签名： |

注：1.本表格请来访人员本人于报到当日填写，有异常情况的，要及时报告。

2.如有相关情况说明，请在备注中详细注明。

3.按照填报当天全国疫情中高风险地区调整情况填报。