

广州市第一人民医院就诊承诺书（第八版）

| | |
|----------|----|
| 患者体温： | °C |
| 家属/朋友体温： | °C |

日期：2020年 月 日 **新型冠状病毒肺炎流行病学史问卷**

为了做好疫情防控工作，请大家务必如实告知相关信息，单位和个人违反《中华人民共和国传染病防治法》导致传染病传播、流行，给他人人身、财产造成损害的，应当依法承担民事责任。请您如实填写，谢谢配合！

| 患者本人填写 | 陪同家属/朋友填写 <input type="checkbox"/> 有陪同； <input type="checkbox"/> 无陪同 |
|--|--|
| 请如实回答下列问题，并在选项前打“√” | 请如实回答下列问题，并在选项前打“√” |
| 1. 就诊 14 天内您或同居家属有到过以下地方吗？ | |
| 国内：1. 国内高中风险地区； _____ (具体见内网电脑桌面动态提示: 新冠疫情风险地区) 2. 有病例报告的社区 国外：旅行史或居住史 <input type="checkbox"/> 有 (来穗时间： 国家/地区/社区:) <input type="checkbox"/> 没有 | 国内：1. 国内高中风险地区； _____ (具体见内网电脑桌面动态提示: 新冠疫情风险地区) 2. 有病例报告的社区 国外：旅行史或居住史 <input type="checkbox"/> 有 (来穗时间： 国家/地区/社区:) <input type="checkbox"/> 没有 |
| 2. 14 天内本人或共同居住的家属有接触过以下地区的发热或有呼吸道症状的患者吗？ | |
| 国内：1. 国内高中风险地区； _____ (具体见内网电脑桌面动态提示: 新冠疫情风险地区) 2. 有病例报告的社区； 国外：1. 旅行史或居住史； 2. 境外返回 <input type="checkbox"/> 有 (来穗时间： 国家/地区/社区:) <input type="checkbox"/> 没有 | 国内：1. 国内高中风险地区； _____ (具体见内网电脑桌面动态提示: 新冠疫情风险地区) 2. 有病例报告的社区； 国外：1. 旅行史或居住史； 2. 境外返回 <input type="checkbox"/> 有 (来穗时间： 国家/地区/社区:) <input type="checkbox"/> 没有 |
| 3. 14 天内本人或共同居住的家属接触过确诊病例、疑似病例或无症状感染者？ | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 |
| 4. 14 天内您有无家庭、单位等小范围有 2 人以上发热病人？ | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 |
| 5. 14 天内您有无发热、干咳、乏力，头痛、腹泻、呕吐等症状？ | |
| <input type="checkbox"/> 有，具体是： _____ <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有，具体是： _____ <input type="checkbox"/> 没有 |
| 6. 14 天内本人是否曾在集中隔离医学观察场所留观？ | |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 |
| 7. 就诊前 7 天您是否完成过新冠核酸检测？（仅患者本人填写） | |
| <input type="checkbox"/> 已完成，检测时间： _____；检测机构： _____； 检测结果： _____； 验单序号或条码号： _____； <input type="checkbox"/> 未完成 | |

我承诺以上信息准确无误，如有隐瞒病史引起不良后果的将自愿承担相应法律责任。

| | | | | |
|------|-----------------|---------|-----------------|--------|
| 患者本人 | 患者签名： | 陪同家属或朋友 | 签名： _____ | 与患者关系： |
| | 联系方式： | | 联系方式： | |
| | 现住址： | | 现住址： | |
| | 身份证或护照号码（外籍人员）： | | 身份证或护照号码（外籍人员）： | |

请如实填写此表，未填表不能就诊。就诊结束后，此表由医院回收并存档。

备注：1. 接诊医生应再次详细询问患者流行病学史，符合发热就诊标准的患者转发热门诊就诊。2. 完成患者流行病学史询问后，由医生、护士签名，完成接诊后留存保管。

接诊医师： _____； 护士： _____； 就诊科室： _____