

Phiếu quan sát sức khỏe của người tiếp xúc với bệnh nhân nhiễm Virut Corona chủng mới

Đây là Phiếu điều tra mà Trung tâm bảo vệ sức khỏe có thẩm quyền làm chủ thể thực hiện. Nhờ người là đối tượng quan sát chú ý kỹ trong việc theo dõi sức khỏe, nếu như thấy có triệu chứng đáng chú ý thì nhất định hãy liên lạc và truyền đạt cho Trung tâm bảo vệ sức khỏe. Hãy kết thúc việc quan sát sức khỏe vào ngày thứ 14 kể từ ngày tiếp xúc cuối cùng.

Số hiệu người tiếp xúc:		Họ tên người là đối tượng quan sát:					Địa chỉ:				TEL: - -			
Họ tên bệnh nhân:		Ngày giờ tiếp xúc cuối cùng với bệnh nhân: Khoảng giờ, ngày tháng năm					Mối quan hệ với bệnh nhân:				Email: @			
	Ngày thứ nhất	Ngày thứ 2	Ngày thứ 3	Ngày thứ 4	Ngày thứ 5	Ngày thứ 6	Ngày thứ 7	Ngày thứ 8	Ngày thứ 9	Ngày thứ 10	Ngày thứ 11	Ngày thứ 12	Ngày thứ 13	Ngày thứ 14
Ngày tháng		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Thân nhiệt cao nhất														
h á p	Ho	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Khó thở	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Nước mũi · Tắc mũi	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Đau họng	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
K h á c	Buồn nôn · Nôn	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Kết mạc đỏ mắt	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Đau đầu	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Toàn thân uể oải	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Đau khớp đau cơ	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Tiêu chảy	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Rối loạn ý thức	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
	Co giật	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có	Không·Có
Khác ()														
<input checked="" type="checkbox"/> xác nhận Sáng · tối (Ghi phương pháp xác nhận (Điện thoại · phỏng vấn..vv)	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()	Sáng:□() Tối:□()
Ghi chú														
Người xác nhận														

Tên của
Trung tâm bảo vệ sức khỏe:

Người phụ trách: Địa chỉ:

TEL - - FAX: