附件2

疫情调查问卷

姓 名： 身份证号码：

手机号码：

1. 请问您14天内是否接触过来自疫情中、高风险地区和境外的发热或有呼吸道症状的患者？

□是 □否

1. 请问您14天内是否有与疫情中、高风险地区和境外返乡人员接触史？

□是 □否

1. 请问您14天内是否有到其他有病例报告社区的旅行史或居住史？

□是 □否

1. 请问您14天内是否接触过有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者？

□是 □否

1. 请问您14天内是否有到疫情中、高风险地区和境外的旅行史或居住史？

□有，请填写\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□无

1. 请问您14天内是否与新型冠状病毒肺炎疑似患者、感染者、确诊患者有过接触？

□是 □否

1. 请问您14天内生活或工作的地方是否存在聚集性发病（2周内在家庭、办公室、学校等场所出现2例及以上发热或呼吸道症状的病例）？

□是 □否

1. 请问您最近是否有以下症状？（多选）

□咳嗽、咳痰 □咽痛 □乏力 □结膜充血 □腹泻 □肌肉酸痛 □流涕 □头痛

□发热（体温≥37.3℃） □其他，请填写\_\_\_\_\_ □无

本人郑重承诺，上述填写真实有效，如有不实愿意承担《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规中规定的相应法律责任。

签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_