**合肥市第二人民医院新冠疫情防控告知书**

尊敬的患者及家属：

因新冠肺炎疫情防控需要，为更好地保障您的生命安 全，防止

交叉感染，请在就诊前主动配合医务人员，务必认真阅读以下内容，

如实填写，在相应选项打“√”，隐瞒信息造成后果将承担法律责任。

1、21 天内是否有国内中高风险地区居住史或旅行史；中高风险

抽区详情（以国家分布的中风险抽区为准）

有□ 无□

2、 21 天内是否曾接触新冠病毒感染者或密切接触者；

有□ 无□

3、21 天内是否曾接触来自于有病例报告社区的发热/有呼吸道

症状的患者；

有□ 无□

4、3 天内是否有发热（体温≥37.3℃）

有□ 无□

5、本人是否从事高风险职业（如冷链、进口食品或货物接触史）

有□ 无□

此外，请您确认接受以下就诊措施：

1、 请主动扫安康码，配合测量体温；

2、就诊医生根据疫情需要可能对您测量体温、询问筛查等；

3、 该表请您签名确认后，就诊时交给医生，并保证做 到一患一

诊室。

感谢您的理解和配合！

就诊科室：

名：

手机:

签

日期：

**重要提示：《中华人民共和国传染病防治法》规 定隐瞒疫区旅**

**游史或接触史者要承担相应法律责任**。

