

TỜ KHAI Y TẾ BẮT BUỘC

(Khai báo sức khỏe để chống dịch Covid-19)

Cùng chung tay bảo vệ sức khỏe cộng đồng, Anh/chị vui lòng cung cấp những thông tin sau:

- Người khai báo:

+ Họ tên CMHS: Năm sinh: /..... /.....

+ Họ tên khách đến liên hệ công việc:..... Năm sinh: /..... /.....

+ Họ tên học sinh:..... Lớp:..... Năm sinh: /..... /.....

- CCCD/CMND của người khai báo y tế:.....

- Số điện thoại:

- Địa chỉ nơi ở hiện tại:

- Trong vòng 21 ngày qua anh/chị có đi đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào:

- Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có tiếp xúc với:

TT	Nội dung khai	Có	Không
1	Có tiếp xúc với người bị F0 hoặc nghi ngờ mắc bệnh Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có đi từ vùng có dịch bệnh COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Có tiếp xúc với trường hợp đi về từ vùng dịch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có triệu chứng nào sau đây:

TT	Nội dung khai	Có	Không
1	Sốt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Đột ngột mất hoặc thay đổi khứu giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Đột ngột mất hoặc thay đổi vị giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Triệu chứng khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Anh/chị có mắc bệnh mãn tính?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ngày ... tháng ... năm 20....

Người khai
(ký, ghi rõ họ tên)