

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:
شماره پرسنلی:		کد ملی:
محل خدمت:		نام دفتر:
سوالات:		پاسخ:
توضیحات:		
۱- آیا مبتلا (قطعی و یا مشکوک) به بیماری کرونا (COVID-۱۹) هستید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲- آیا در سه هفته اخیر تب و لرز داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳- آیا در سه هفته اخیر تنگی نفس داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴- آیا در سه هفته اخیر سرفه خشک داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵- آیا در سه هفته اخیر عطسه یا آبریزش بینی داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶- آیا در سه هفته اخیر تهوع و استفراغ داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷- آیا در سه هفته اخیر اسهال داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸- آیا در سه هفته اخیر عکس برداری ریوی انجام داده‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹- آیا در سه هفته اخیر آزمایش غربالگری کرونا انجام داده‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰- آیا فردی از خانواده درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، پدربزرگ، مادربزرگ، فرزند) مبتلا به بیماری کرونا شده‌اند؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱- آیا همکاران اتاق محل کاری شما مبتلا به کرونا شده‌اند؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲- آیا با افرادی (مانند اقوام نزدیک یا دور، دوستان، همکاران و همسایه ها که مبتلا به بیماری کرونا هستند، تماس نزدیک داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳- آیا شما و یا فردی از خانوادتان در یک ماهه اخیر به استان‌های مازندران، گیلان و یا قم سفر کرده‌اند؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۴- آیا در تعطیلات، مسافرت به خارج از تهران (شهر یا کشورهای خارجی درگیر ویروس کرونا) داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۵- آیا مسافری از شهر یا کشورهای درگیر کرونا در منزل خود داشته‌اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۶- آیا از اقوام نزدیک و یا دور در اثر ابتلا به بیماری کرونا فوت شده‌اند؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۷- آیا مبتلا به بیماری به صورت مزمن می‌باشید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۸- آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای (مانند دیابت، انواع بیماری‌های کلیوی، فشار خون، انواع بیماری‌های کبدی، ابتلا به سرطان و یا هرگونه بیماری مزمن دیگر) دارید؟
	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۹- آیا دارویی به صورت مستمر استفاده می‌نمایید؟
ملاحظات:		
نام و نام خانوادگی تایید کننده: تاریخ: امضا:		

راهنمایی:

- ۱- در صورت مثبت بودن سوال ۱، مراجعه به بیمارستان و تکمیل پروسه درمان تا بهبودی کامل انجام شود.
- ۲- در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات ۲ الی ۷، مراجعه به پزشک، درمانگاه و بیمارستان جهت انجام تست‌های اولیه و طی مراحل درمانی بر اساس نتایج آزمایشات و تکمیل پروسه درمان تا بهبودی کامل ضروری است.
- ۳- در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات ۱۰ الی ۱۶، قرنطینه خانگی به مدت ۱۴ روز انجام شود و در صورت بروز علائم بیماری کرونا مراجعه به پزشک صورت پذیرد.