**患者新型冠状病毒肺炎筛查登记表**

**登记时间： 2020年 月 日 时 分 预检分诊或门诊医生签名：**

|  |
| --- |
| **一、基本信息** |
| 姓名（儿童需填写监护人姓名） |  | 性 别 | □男 □女 |
| 身份证号码 |  | 本人电话 |  |
| 现住址 | 省 市 县（区）/乡（街道） 号 小区 单元 号 |
| 联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 是否为医疗机构工作人员：□是 □否 | 发病日期： 年 月 日 |
| **二、既往史** |
| 发病前14天内，是否有武汉居住史：□是 □否；是否有武汉旅居史：□是 □否 |
| 发病前14天内，是否接触过来自武汉市或其他有本地病例持续传播地区的发热或呼吸道症状的患者：□是 □否 |
| 同一家庭、工作单位、托幼机构或学校是否有聚集性发病？ □是 □否 □不清楚 |
| 既往病史（可多选）：□无 □高血压 □糖尿病 □心脑血管疾病 □肺部疾病（如哮喘、肺心病、肺纤维化、矽肺等）□慢性肾病 □慢性肝病 □免疫缺陷类疾病 □其他 |
| 三、**市场活动史：**是否接触野生动物或经营家禽（动物售卖） □是 □否 |
| **四、临床表现：是否有以下症状？（如有，请在症状和相关情况前打勾））** |
| 症状、体征和相关信息： □发热：最高温度 ℃  发烧已经 天 □已吃退烧药 □乏力 □干咳 □咳痰 □流涕 □皮疹 □头痛 □鼻塞 □寒战 □呕吐 次/天 □ 胸闷 □腹泻 次/天 □气促 □呼吸困难 □咽痛 □肌肉酸痛 □关节酸痛 □其他­­­ |
| 其他症状 |  |
| 是否有住院史：□是（住院日期： 年 月 日） □否 |

请如实告知调查内容，确保以上筛查内容属实，患者签名：