宁夏医科大学总医院院外人员来院工作审核登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **身份证号码** |  |
| **电话** |  | **工作单位** |  | **预计工作时间** |  |
| **家庭住址** |  | **管辖社区** |  |
| **工作地点** |  | **工作内容** |  |
| **工作对象（可能接触人员）** |  |
| **流****行****病****学****史** | **1.来院前14天内有武汉及周边地区或其他有病例报告社区的旅行史或居住史。** | **有□** | **无□** |
| **2.来院前14天内与新冠肺炎确诊病例或疑似病例接触史。** | **有□** | **无□** |
| **3.来院前14天内曾接触过来自武汉市及周边地区，或来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者。** | **有□** | **无□** |
| **4.聚集性发病（周边多人有发热等类似症状）** | **有□** | **无□** |
| **临床症状** | **发热>37.2℃** | **腋下实测体温 ℃** | **有□** | **无□** |
| **咳嗽、咽痛、肌肉酸痛、气促、腹泻等** | **有□** | **无□** |
| **乏力** | **其他症状：** | **有□** | **无□** |
| **外来工作人员承诺** | **本人承诺所提供上述情况属实，隐瞒事实将依据《中华人民共和国传染病法》等，自愿承担一切后果和法律责任。****签名：** **时间：年 月 日** |
| **所在单位审核意见（加盖公章）** |  |
| **接受科室审核意见及负责人签名（医院集团管理办公室）** |  |
| **医院职工（学生）医学排查组意见** |  |