**附件1. 疫情调查表 （供参考）**

各位患者：

您好！ 根据上海市疫情防控的要求，请如实填写此表，感谢您的配合

姓 名： 性别： □ 男 □ 女

身份证号：

联系电话：

居住地址：

14天内是否存在以下情况：

□ 湖北旅行或居住史 □ 与湖北或疫情重点地区来沪者有密切接触史

□ 与新型冠状病毒肺炎确诊或疑似患者解除史

是否存在下列症状：

□ 发热 □ 咳嗽 □ 鼻塞 □ 流涕

□ 腹泻 □ 呼吸困难 □ 乏力 □ 其他

签名：

日期：

以下由医师填写：

就诊预检时体温：

医师签名：

时 间：