**新冠肺炎居民自我申报表**

本申报表旨在向医护人员和医务人员提供新冠肺炎大流行期间需要护理的支持性住房居民的重要信息。建议向居民提供多份副本带到医院，以便工作人员了解其个人健康情况和住房状况的重要信息。

**日期**：

*患者信息*

*新冠肺炎检测*

|  |  |
| --- | --- |
| **姓**： | **出生日期**： |
| **名**： |  |
| **地址**： | **首选语言：** |
| **电话：** |  |
| **患者病例管理联系人：姓名**： | **初级医疗 联系人：提供者** |
| **电子邮件**： | **姓名：** |
| **电话**： | **电话：** |
| **患者近亲 联系方式**：**姓名**：  **电子邮件：电话**： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者是否已检测  新冠病毒？ | 是 |  | 否 |  | 未知 | |  |  |
| 如是，于何处？  检测日期？ | | | | | | | |
| 检测结果 | 确诊冠状病毒  未知/不确定 | | | | |  |  | |
|  |
| 患者是否与新冠肺炎阳性患者有过接触？ | 确定  未知 | | | | | | | |

*易引起新冠肺炎并发症的健康背景信息*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 经诊断的慢性病  问题 | **说明**： |
|  | 经诊断的精神疾病问题 | **说明**： |
|  | 药物滥用问题 | **说明**： |

*新冠肺炎症状*

*专业隔离/自我隔离*

*其它备注（药物等）*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者有安全的自我隔离场所吗？ | 有  无 |  |  |
|  |
| 若患者已自我隔离，  开始日期为何时？ | 选择日期： | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 最初症状日期： | 如有请打勾 | | |
| 发烧如有，最近体温？： |  | | |
| 干咳 |  |  |  |
| 呼吸急促 |  |  |  |
| 疲惫 |  | | |
|  |  |  |