

Tên đơn vị:.....

THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ
(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và có thể xử lý hình sự

Khai hộ:

Họ tên (ghi chữ IN HOA) (*).....

Số hộ chiếu /CMND/CCCD.....

Năm sinh (*)..... Giới tính (*): Nam/Nữ/Khác

Quốc tịch (*):.....

Có thẻ bảo hiểm y tế:.....

Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam

Tỉnh thành (*):.....

Quận / huyện (*):.....

Phường / xã (*):.....

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội (*):.....

Điện thoại (*):

Email:.....

Từ ngày 26/4 đến ngày 04/5/2021, anh/chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Trong những ngày qua Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không? (*)

Triệu chứng	Có	Không
Sốt (*)		

Ho (*)		
Khó thở (*)		
Viêm phổi (*)		
Đau họng (*)		
Mệt mỏi (*)		

Trong những ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (*)

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (*)		
Người từ nước có bệnh COVID-19 (*)		
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở , Viêm phổi) (*)		

Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây (*)

Tên bệnh	Có	Không
Bệnh gan mãn tính (*)		
Bệnh máu mãn tính (*)		
Bệnh phổi mãn tính (*)		
Bệnh thận mãn tính (*)		
Bệnh tim mạch (*)		
Huyết áp cao (*)		
Suy giảm miễn dịch (*)		
Người nhận ghép tạng, Thủy xương (*)		
Tiểu đường (*)		
Ung thư (*)		

Hỏi thêm:

	Có	Không
Bạn có đang trong thời gian thai kỳ hay không? (*)		