|  |  |
| --- | --- |
| PHÒNG GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠOQUẬN 9  **TRƯỜNG ………………………** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  ––––––––––––––––––––––––  *…………..., ngày …. tháng …. năm …….* |

[Cập nhật tờ khai](about:blank)**TỜ KHAI Y TẾ CỦA CÁN BỘ, GIÁO VIÊN, NHÂN VIÊN VÀ HỌC SINH (PHỤC VỤ CHỐNG DỊCH COVID – 19)**

1. Họ tên (ghi chữ IN HOA):

 2. Số hộ chiếu/CMND/CCCD: ………………………………………………………………........

3. Số thẻ Bảo hiểm y tế: ……………………………

4. Năm sinh*: ……………………………*

5. Giới tính:

6. Quê quán (nơi cư trú):

8. Địa chỉ nơi ở:………..…………………………………………………………………………..

Điện thoại: ……………………..

Email: ……………….

9. Trong vòng 14 ngày qua, có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (có thể đi qua nhiều quốc gia) hoặc đến tỉnh, thành phố nào ở Việt Nam.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

10. Trong vòng 14 ngày qua có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Có** | **Không** |
| Sốt |  |  |
| Ho |  |  |
| Khó thở |  |  |
| Đau họng |  |  |
| Mệt mỏi |  |  |

11. Trong vòng 14 ngày qua có tiếp xúc với

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Có | Không |
| Nguồn bệnh hoặc nghi mắc bệnh CoVid - 19 |  |  |
| Người từ nước có bệnh COVID-19 |  |  |
| Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi, Đau họng, mệt mỏi) |  |  |

12. Hiện tại có các bệnh nào dưới đây

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên bệnh | Có | Không |
| Bệnh gan mãn tính |  |  |
| Bệnh máu mãn tính |  |  |
| Bệnh thận mãn tính |  |  |
| Bệnh tim mạch |  |  |
| Huyết áp cao |  |  |
| HIV hoặc suy giảm miễn dịch |  |  |
| Người nhận ghép tạng, thủy xương |  |  |
| Tiểu đường |  |  |
| Ung thư |  |  |
| Có thai |  |  |

…., ngày ……. tháng…... năm 2020

Người khai ký tên