

Th á n g _____

l ó p _____

H ồ v à t ê n _____

○Hãy điền thông tin vào Phiếu khảo sát sức khỏe này bất cứ cơ chế nào trước hay không.

★Những trường hợp 「Đã tiếp xúc gần với người bị nhiễm bệnh」 「Ở chỗ làm việc có người bị nhiễm Virus Corona」 v...v, Hãy nhanh chóng thông báo cho nhà trường.

Hãy ✓ vào mục tương ứng. Như ng triệu u chưa ng không có trong các mục c này (Ví dụ : Thấ n th ơ , Tâm trấ ng không tốt, Không có cấ m giác thèm ă n v..v) Hãy đi ệ n vào mục c Khác

Triệu chứng		Ví dụ cách điền 1	1	2	3	4	5	6	7
Học viên/ Nhân viên	Nhiệt độ cơ thể	Sáng	36.5°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
		Tối	37.0°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	Ho	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Sổ mũi	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Đau họng	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Nôn mửa, Tiêu chảy	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
	Vị giác, khứu giác bất thường	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
Khác	Tâm trạng không tốt								
Khả năng tiếp xúc với người nhiễm bệnh	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	
Người sống cùng	Thể trạng	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input checked="" type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Mọi người đều khỏe <input type="checkbox"/> Khác
	Khác								
	Khả năng tiếp xúc với người nhiễm bệnh	<input checked="" type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
Mục xác nhận của trường									