

THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ

(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

Khai hộ: ☐

Họ tên (viết chữ in hoa): PHẠM HỒNG SƠN

Số hộ chiếu / CMND / CCCD: 341907467

Năm sinh: 1997 Giới tính: Nam Quốc tịch: Việt Nam.

Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam

Tỉnh / thành: Thành phố Cần Thơ Quận / huyện: Quận Ninh Kiều Phường / xã: Phường Hưng Lợi

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội: Nhà trọ 228, Đường 3/2, Ninh Kiều, Cần Thơ

Điện thoại: 0774062589 Email: phamson19970@gmail.com

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia): Không có

Bay trong nước: Có ☐ Không ☒

Trong vòng 14 ngày qua Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Viêm phổi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mệt mỏi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Người từ nước có bệnh COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở , Viêm phổi)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây:

Tên bệnh	Có	Không
Bệnh gan mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh máu mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh phổi mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh thận mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Huyết áp cao	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HIV hoặc suy giảm miễn dịch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Người nhận ghép tạng, thủy xương	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ung thư	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Có thai	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Ngày 16 tháng 04 năm 2020

Ký tên



(Mã QRCode dùng để Check in, Check out)

Mã tờ khai: TSK-004276934

Website: <https://tokhaiyte.vn>