

ĐĂNG KÍ ĐIỂM KIỂM DỊCH

ĐĂNG KÍ

Đăng kí điểm kiểm soát QR code

ĐĂNG NHẬP

Tờ khai y tế / Vietnam Health Declaration

Khai di chuyển nội địa
For domestic move declaration

Cho người nhập cảnh
Entry declaration

Khai báo toàn dân
For domestic guesst

Chọn ngôn ngữ để khai báo y tế /Select the language to declare health:



Cập nhập tờ khai

Cập nhập tờ khai

TỜ KHAI Y TẾ ĐỐI VỚI NGƯỜI NHẬP CẢNH
ĐÂY LÀ TÀI LIỆU QUAN TRỌNG, THÔNG TIN CỦA ANH/CHỊ SẼ GIÚP CƠ QUAN Y TẾ LIÊN LẠC KHI CẦN THIẾT ĐỂ PHÒNG CHỐNG
DỊCH BỆNH TRUYỀN NHIỄM
Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và có thể xử lý hình sự

Đối tượng (*)

Cửa khẩu (*)

Họ tên (ghi chữ IN HOA) (*)

Năm sinh (*)

Năm sinh (*)

Năm sinh (*)

Họ tên (ghi chữ IN HOA) (*)

Thông tin đi lại (*)

☐ Tàu bay ☐ Tàu bay ☐ Tàu bay ☐ Tàu bay

Số hiệu phương tiện

Số ghế

Ngày khởi hành (*)

Ngày nhập cảnh (*)

Địa điểm khởi hành (tỉnh/quốc gia)

Quốc gia/ Vùng lãnh thổ (*)

Tỉnh (*)

Địa điểm khởi hành (tỉnh/quốc gia)

Quốc gia/ Vùng lãnh thổ (*)

Tỉnh (*)

Tỉnh/ thành (*)

Quận/ huyện (*)

Phường/ xã (*)

Địa chỉ lưu trú sau cách ly (*)

Tỉnh/ thành (*)

Quận/ huyện (*)

Phường/ xã (*)

Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam (*)

Điện thoại (*)

Email

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
Sốt (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nôn/buồn nôn (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tiêu chảy (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Khó thở (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Xuất huyết ngoài da (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Đau họng (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nổi ban ngoài da (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Có	Không
Đến trang trại chăn nuôi / chợ buôn bán động vật sống / cơ sở giết mổ động vật / tiếp xúc động vật (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiếp xúc gần (<2m) với người mắc bệnh viêm đường hô hấp do nCoV (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- ☐ Cơ sở cách ly tập trung
☐ Cơ sở cách ly tự chọn
☐ Khác

Nhập cơ sở cách ly khác

Chọn File

Ngày xét nghiệm

☐

Nhập mã tại đây

GỬI TỜ KHAI