

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

Họ và tên (chữ in hoa):.....Giới tính:

Ngày tháng năm sinh: Điện thoại:.....

Địa chỉ: Xã/phường/thị trấnquận/huyện.....tỉnh: Gia Lai.

Đơn vị (Trường).....

- Trong vòng 14 ngày qua kể từ ngày viết tờ khai báo y tế này, bản thân có đến quốc gia, vùng lãnh thổ nào bên ngoài Việt Nam (nếu không có thì ghi “***Không***”):
.....

- Trong vòng 14 ngày qua kể từ ngày viết tờ khai báo y tế này, bản thân có đến địa phương nào trong nước ngoài tỉnh Gia Lai (nếu không có thì ghi “***Không***”):
.....
.....

- Trong vòng 14 ngày qua kể từ ngày viết tờ khai báo y tế này, bản thân có hay không những triệu chứng sau đây (đánh dấu (x) vào ô tương ứng):

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

- Trong vòng 14 ngày qua, bản thân có tiếp xúc với:

	↓ Có	↓ Không
+ Người bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Người từ nước/địa phương có bệnh COVID-19:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Người bệnh có biểu hiện sốt, ho, khó thở, viêm phổi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gia Lai, ngày tháng 4 năm 2022
NGƯỜI KHAI
(Ký, ghi rõ họ và tên)