**پرسشنامه بیماریابی کووید 19 در معاینات سلامت شغلی**

نام و نام خانوادگی : تاریخ مراجعه:

نام کارگاه: عنوان شغل:

درجه حرارت بدن:

* علائم زیر را در دو هفته اخیر داشته اید؟

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **علائم** | **بلی** | **خیر** |
| تب |  |  |
| لرز |  |  |
| گلودرد |  |  |
| سرفه خشک |  |  |
| درد منتشر عضلانی (بدن درد)  |  |  |
| تنگی نفس  |  |  |
| درد یا احساس سنگینی قفسه سینه  |  |  |

* آیا در دو هفته گذشته با فردی که مبتلا به کرونا بوده تماس نزدیک داشته اید؟ (تماس نزدیک یعنی برای بیشتر از دو ساعت در یک اتاق، بیشتر از ۱۵ دقیقه تماس چهره به چهره در فاصله کمتر از ۲ متر، مسافرت در یک وسیله نقلیه و تماس های مشابه)

بلی 🗆 خیر 🗆