

日期：2021年 月 日

患者体温： °C

科室：

陪同人员体温： °C

## 广州市第一人民医院患者就诊承诺书（第十一版）

尊敬的患者朋友：

新冠疫情防控期间，为保障您及家人的健康，请您如实填写以下内容。感谢您对我院新冠肺炎疫情防控工作的支持，祝您早日康复！

### 一、14天内您曾有以下症状？

没有； 有（发热； 干咳； 乏力； 嗅（味）觉减退； 鼻塞；  
流涕； 咽痛； 结膜炎； 肌痛； 腹泻）

### 二、14天内您曾到过以下地方？

1. 境内：中高风险地区或有病例报告的社区（以政府发布更新为准），具体为： \_\_\_\_\_  
没有； 有

2. 境外：旅行或居住，具体为： \_\_\_\_\_

### 三、14天内您曾有接触过以下人员？

1. 来自中高风险地区的发热和/或有咳嗽、鼻塞、流涕、  
没有； 有 咽痛、乏力、结膜炎、肌痛、腹泻等症状的患者

2. 确诊、疑似新冠患者或无症状感染者（核酸检测阳性）

### 四、14天内您曾遇到以下情况？

小范围内（如家庭、办公室、学校等）出现2例及以上发热和/或有咳嗽、流涕、乏力等呼吸道症状的患者。  
没有； 有

### 五、您本次看病是一个人吗？ 无人陪同； 有人陪同

请陪同人员对照填写第一至四项内容，都没有； 有，具体为：第项

本人保证，以上内容真实无误，如有瞒报，将承担法律责任。

患者签名：（正楷） \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

陪同人员签名：（正楷） \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

接诊医师签名（+工号）： \_\_\_\_\_

分诊护士签名： \_\_\_\_\_