



COVID-19

在开始今天工作之前, 请先回答以下问题。

姓名: _____

日期: _____ 时间: _____

您有下列任何一种症状吗:

是

否



发烧

是

否



咳嗽

是

否



呼吸困难

是

否



喉咙痛、吞咽困难

是

否



流鼻涕

是

否



丧失味觉或嗅觉

是

否



感觉不佳

是

否



恶心、呕吐、腹泻

是 在过去的14天里, 您是否与生病或已确诊COVID-19的人有过密切接触?

否

是 在过去的14天里, 您是否从加拿大以外的地方旅行回来?

否

如果您对以上任何一个问题的回答为“是”, 请立即回家并自我隔离。致电健康热线(Telehealth)或您的医护人员, 了解您是否需要进行检测。