











COVID-19

உங்கள் வேலையை இன்று தொடங்குவதற்கு முன்பு பின்வரும் கேள்விகளை முடிக்கவும்.

பெயர்: _____

தேதி: _____ நேரம்: _____

பின்வருவனவற்றுள் ஏதேனும் உங்களுக்கு உள்ளதா: (புதிய அல்லது மோசமான அறிகுறிகள்)

ஆம் <input type="checkbox"/>		ஆம் <input type="checkbox"/>		ஆம் <input type="checkbox"/>		ஆம் <input type="checkbox"/>	
இல்லை <input type="checkbox"/>		இல்லை <input type="checkbox"/>		இல்லை <input type="checkbox"/>		இல்லை <input type="checkbox"/>	
	காய்ச்சல்		இருமல்		மூச்சுத்திணறல்		தொண்டைப்புண், உணவு விழுங்குவதில் சிரமம்
ஆம் <input type="checkbox"/>		ஆம் <input type="checkbox"/>		ஆம் <input type="checkbox"/>		ஆம் <input type="checkbox"/>	
இல்லை <input type="checkbox"/>		இல்லை <input type="checkbox"/>		இல்லை <input type="checkbox"/>		இல்லை <input type="checkbox"/>	
	மூக்கு ஒழுகுதல்		சுவை அல்லது வாசனையின்மை		உடல்நிலை சரியில்லாத போல் இருப்பது		குமட்டல், வாந்தி, வயிற்றுப்போக்கு

ஆம் நீங்கள் கடந்த 14 நாட்களில் நோய்வாய்ப்பட்ட அல்லது இல்லை COVID-19 க்கு உறுதிசெய்யப்பட்ட ஒருவருடன் முறையான PPE அணியாமல் நெருங்கிய தொடர்பு கொண்டிருந்தீர்களா?

ஆம் கடந்த 14 நாட்களில் கனடாவுக்கு வெளியே சென்ற இல்லை பயணத்திலிருந்து திரும்பி வந்தீர்களா?

நீங்கள் இந்த கேள்விகளில் ஏதேனும் ஒன்றுக்கு ஆம் என்று பதிலளித்திருந்தால், உடனே வீட்டிற்கு சென்று சுயமாக தனிமைப்படுத்திக் கொள்ளவும். உங்களுக்கு ஒரு பரிசோதனை தேவைப்படுகிறதா