

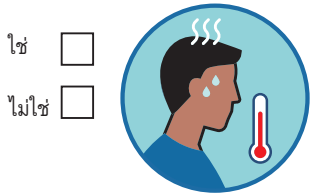


COVID-19

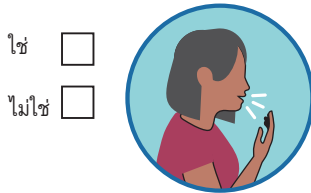
กรุณากรอกข้อมูลก่อน
เริ่มงานวันนี้

ชื่อ: _____ วันที่: _____ เวลา: _____

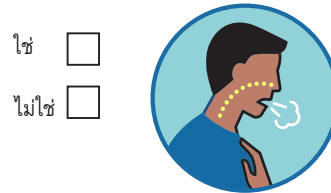
1) คุณมีอาการหรือสัญญาณใหม่หรืออาการแย่ลงดังต่อไปนี้หรือไม่ *



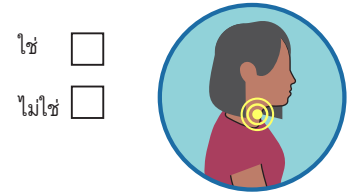
มีไข้ หรือ หนาวสั่น



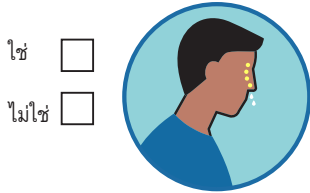
ไอ



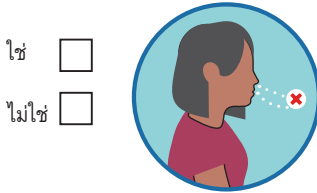
หายใจลำบากหรือหายใจถี่



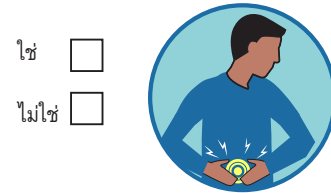
เจ็บคอ, กลืนลำบาก



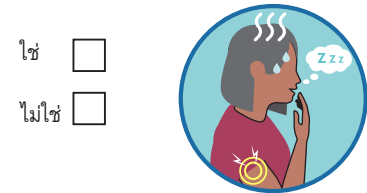
น้ำมูกไหล/คัดจมูก



สูญเสีย หรือ ลดลงในการลิ้มรส หรือ การดมกลิ่น



คลื่นไส้, อาเจียน, ท้องร่วง



รู้สึกเหนื่อยมาก, ปวดกล้ามเนื้อ

2) คุณเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการยืนยันหรือเป็นไปได้โดยไม่สวม PPE ที่เหมาะสมหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

3) คุณเดินทางออกนอกประเทศแคนาดาในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

* หากคุณมีภาวะสุขภาพที่ทำให้คุณมีอาการคุณไม่ควรตอบว่าใช่เว้นแต่อาการจะใหม่, แตกต่างกัน, หรือแย่ลง มองหาการเปลี่ยนแปลงจากอาการปกติของคุณ

หากคุณตอบว่าใช่สำหรับคำถามเหล่านี้, ให้กลับบ้านและแยกตัวอยู่ โทรหา Telehealth หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของคุณเพื่อดูว่าคุณต้องการการทดสอบหรือไม่

หากคุณตอบว่า ไม่ สำหรับคำถามทั้งหมดนี้แสดงว่าคุณผ่านและสามารถไปทำงาน / เข้าร่วมกิจกรรมของคุณได้

คำถามต่อไปนี้ใช้เพื่อคัดกรอง COVID-19 ก่อนเข้าทำงาน (ธุรกิจหรือองค์กร) ตามระเบียบ Ontario 364/20 นอกจากนี้ยังสามารถใช้สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ