



# LÀNG VĂN HÓA DU LỊCH CÁC DÂN TỘC VIỆT NAM

## TỜ KHAI Y TẾ

Khai báo đúng thông tin, khai sai là vi phạm pháp luật, có thể bị xử lý hình sự

Giờ:.....h.....

Ngày: \_\_\_/\_\_\_/2021

Tự khai:

Khai hộ:

NV hỏi:

Hành chính	Họ và tên.....Giới tính: Nam/Nữ	Năm sinh:..... Quốc tịch:.....	
	Giới tính: Nam <input type="checkbox"/> Nữ: <input type="checkbox"/>		
	Nơi ở:.....	Điện thoại:..... Biển số xe.....	
	Các nơi quý vị đã đi qua trong vòng 14 ngày qua (liệt kê thành phố, quốc gia)..... ..... .....		
Câu hỏi	<b>TRONG VÒNG 14 NGÀY QUA QUÝ VỊ CÓ CÁC YẾU TỐ NÀO SAU ĐÂY</b>		
	1. Quý vị có đi từ nước ngoài về ? hoặc đến sân bay quốc tế không ?	Có <input type="checkbox"/> Ngày gần nhất: ___/___/2021	Không <input type="checkbox"/>
	2. Quý vị có tiếp xúc với người đi từ nước ngoài về hoặc tiếp xúc gần với người tiếp xúc với người đi từ nước ngoài về không?	Có <input type="checkbox"/> Ngày gần nhất: ___/___/2021	Không <input type="checkbox"/>
	3. Quý vị có tiếp xúc với người bệnh đã xác định nhiễm hoặc nghi nhiễm Covid-19 không ?	Có <input type="checkbox"/> Ngày gần nhất: ___/___/2021	Không <input type="checkbox"/>
	4. Quý vị có tiếp xúc với người đi từ vùng dịch không?	Có <input type="checkbox"/> Ngày gần nhất: ___/___/2021	Không <input type="checkbox"/>
	5. Quý vị có các triệu chứng sau đây không		
	Sốt	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Ho	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Đau họng	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Hắt hơi, chảy nước mũi	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Mệt mỏi	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Khó thở, tức ngực	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Viêm phổi	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>

Ký, ghi rõ họ tên