**成都市第五人民医院**

**新冠肺炎疫情期间来院人员承诺函**

尊敬的来院人员：

 根据我国新冠肺炎疫情防控要求。最大限度保障来院人员及医院全体工作人员乃至全社会人民群众的健康安全，请您如实告知以下情况，如隐瞒事实，造成疫情扩散等情况发生，您将承担相应法律责任。

（1）来院人员来院前14天内是否有国内中高风险地区病例报告社区的旅行史或居住史；

是 □

否 □

（2）来院人员来院前14天内是否与新型冠状病毒感染的患者或无症状感染者有接触史；

 是 □

 否 □

 （3）来院人员来院前14天内是否曾接触过来自国内中高风险地区病例报告社区有发热或有呼吸道症状的患者；

 是 □

 否 □

（4）2周内您周围是否出现2例及以上发热或呼吸道症状的病例或您及家人近三日有无发烧、干咳、疲劳、有痰、呼吸急促、肌肉或关节痛、喉咙痛、头痛、发寒、恶心或呕吐症状请主动告知科室人员。

 是□

 否□

**请来院人员如实填写此表，如隐瞒事实，造成疫情扩散等情况发生，您将承担相应法律责任。**

来院人员签名：

来院人员身份证号码：

来院人员联系方式：

日期： 年 月 日

采购科签名：

健康码、行程码核验：

日期： 年 月 日