



# COVID-19 Student Daily Health Check Form

华盛顿卫生和劳工与工业部要求学区对所有学生进行筛查，以确定该学生是否患有 COVID-19 或是否与接触过 COVID-19 的个人有密切接触。

Student Name (学生姓名)

Date (日期)

School (学校)

Student ID Number (学生证号)

每天审核以下问题，如答案为“是”，请留在家中。该学生是否在过去24小时内有非其他健康状况引起的以下症状？

- 体温100.40F / 38°C 或更高的发烧
- 咳嗽
- 呼吸急促或呼吸困难
- 发冷
- 疲劳
- 肌肉疼痛或身体疼痛
- 头痛
- 丧失味觉或嗅觉
- 咽喉痛
- 鼻塞或流鼻涕
- 恶心或呕吐
- 腹泻
- 与原有疾病无关的其他新疾病迹象（例如季节性过敏）

是的

不

在过去的3天内，学生是否有上述列出的COVID-19症状中的任何一项并且持续了超过24小时？

是的

不

在过去的14天内，该学生是否与任何已确认COVID-19的人保持紧密接触。紧密接触是指距离受感染者6英尺（2米）以内且活动持续15分钟或更长时间。

是的

不

该学生是否在过去10天内，您的COVID-19活跃病毒检测是否呈阳性？

是的

不

过去的14天内，是否有公共卫生或医疗专业人员因对COVID-19的担忧叫该学生进行自我监控，自我隔离或检疫隔离？

是的

不

**如果您对以上任何问题的回答为“是”，该学生必须留在家中并联系其学校。**

Name of Person completing this form (填写此表格的人的姓名)

Phone Number (日间电话号码)

Signature (签名)

Date (日期)