



COVID-19 Student Daily Health Check Form

華盛頓衛生和勞工與工業部要求學區對所有學生進行篩查，以確定該學生是否患有 COVID-19 或是否與接觸過 COVID-19 的個人有密切接觸。

Student Name (學生姓名)

Date (日期)

School (學校)

Grade (年級)

該學生在過去 24 小時內是否有非其他疾病導致的任何以下任何症狀？

- 發熱 100.4°F / 38°C 或以上
- 咳嗽
- 呼吸短促或呼吸困難
- 寒顫
- 疲勞
- 肌肉疼痛或身體酸痛
- 頭痛
- 味覺或嗅覺的首次喪失
- 喉嚨疼痛
- 鼻塞或流涕
- 惡心或嘔吐
- 腹瀉
- 與先前存在疾病（如季節性過敏）無關的新發疾病的其他徵兆

是的

不

在過去的3天內，學生是否有上述列出的COVID-19癥狀中的任何一項並且持續了超過24小時？

是的

不

在過去的14天內，該學生是否與任何已確認COVID-19的人保持緊密接觸。緊密接觸是指距離受感染者6英尺（2米）以內且活動持續15分鐘或更長時間。

是的

不

在過去 10 天內，該學生的 COVID-19 活性病毒檢測是否呈陽性？

是的

不

在過去 14 天內，公共衛生或醫學專業人員是否因對 COVID-19 的擔憂而讓該學生進行自我監測、自我隔離或自我檢疫？

是的

不

如果上述任何問題的回答是"是"，則學生必須呆在家裡與學校聯繫。

Name of Person completing this form (填寫此表格的人的姓名)

Daytime Phone Number (日間電話號碼)

Signature (簽名)

Date (日期)