










COVID-19 每日自我檢測

每天工作前請自我檢測這份 COVID-19 清單，並交給您的體溫測量員。

名字 _____

日期 _____

請問您有任何下列症狀嗎？

<p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>  <p>Fever 發燒</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>  <p>Runny nose 流鼻水</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>  <p>Sore throat 喉嚨痛</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>  <p>Cough 咳嗽</p>
<p>發冷或 冒冷汗</p>  <p>Chills or sweats</p> <p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>呼吸困難或 急促</p>  <p>Shortness of breath</p> <p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	 <p>喪失嗅覺或 味覺</p> <p>Loss of sense of smell or taste</p> <p>Yes <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	

請問您或與您密切接觸過的任何人被診斷有 COVID-19?

Yes No

請問過去 14 天內您有沒有去過維多利亞州的其他地方？

Yes No

我在此誠實地聲明，此清單上的答案是正確的

_____ (簽名)