



# 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 | • 疲劳        | • 恶心或呕吐                    |
| • 咳嗽                      | • 肌肉疼痛或身体疼痛 | • 腹泻                       |
| • 呼吸急促或呼吸困难               | • 头痛        | • 与原有疾病无关的其他新疾病迹象（例如季节性过敏） |
| • 发冷                      | • 丧失味觉或嗅觉   |                            |
|                           | • 咽喉痛       |                            |
|                           | • 鼻塞或流鼻涕    |                            |

 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)