

## 健康声明表

尊敬的病患者和访客，  
 为了防止新冠肺炎 (COVID-19) 在我们的社区中传播以及降低您和我们员工被感染的风险，请正确地填写此表格。  
 凡是隐瞒与作出虚假声明者将根据 1988 年预防和控制传染病法条例起诉。  
 感谢您的时间与合作。

**\*请在适当的方框中打勾(✓)**

<b>*我是:</b>	<input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 陪病人	<input type="checkbox"/> 照顾者	<input type="checkbox"/> 访客
<b>*我要去至:</b>	<input type="checkbox"/> 门诊专科诊所	<input type="checkbox"/> 化学疗法	<input type="checkbox"/> 制药	
	<input type="checkbox"/> 病房 (请指定病房号码: _____)	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 理疗治疗	
	<input type="checkbox"/> 急诊科 / 健康检查中心	<input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> X光/MRI/ CT-Scan	
	<input type="checkbox"/> 若有其他, 请列出: _____			
名称(如同身份证或护照所述)	PLEASE USE CAPITAL LETTERS			
马来西亚身份证号码 / 护照号码		国籍	<input type="checkbox"/> 马来西亚 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
出生日期	(DD/MM/YYYY)	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
砂拉越住址	PLEASE USE CAPITAL LETTERS			
电话号码		电子邮件		
1.	过去 14 天内您是否曾在其他国家旅行或居住过?			
	是 <input type="checkbox"/> (请列出: _____)			否 <input type="checkbox"/>
2.	过去 14 天内, 您有与以下的人亲密接触过:			
	(i) 以证实是 COVID-19 (新冠肺炎) 患者;			
	<b>或</b>			
	(ii) 是 COVID-19 (新冠肺炎) 集群的一部分?			
	是 <input type="checkbox"/> (请列出: _____)			否 <input type="checkbox"/>
3.	过去 14 天内, 您是否有以下任何症状, 请打(✓):			
	<input type="checkbox"/> 发烧	<input type="checkbox"/> 呼吸急促	<input type="checkbox"/> 其他: _____	
	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 流感/ 流鼻涕	_____	
	<input type="checkbox"/> 咽喉痛	<input type="checkbox"/> 腹泻	全无 <input type="checkbox"/>	

我声明上述所有的情报都是真实和正确的。

我了解, 如果我提供的信息是虚假的和不正确的, 婆罗洲医药中心可以对我采取法律行动。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_