



በወላጅ/አሳዳጊ ስራተኛ፣ አባላት ወይም ጎብኚዎች በየቀኑ የሚከናወን የCOVID-19 የጤና ምርመራ ጥያቄ።

ስራተኞች እና ተማሪዎች ለጥያቄዎቹ በአንዱ 'አዎ' ብለው ከመለሱ በቤታቸው መቆየት አለባቸው ።

ጎብኚዎች ከጥያቄዎቹ በአንዱ 'አዎ' ብለው ከመለሱ ወደ FCPS ህንጻዎች እንዲገቡ አይፈቀድላቸውም።

<p>“አዎ” ወይም “አይደለም” :- ከመጨረሻው የትምህርት ቤት/የሥራ/ጉብኝት ወቅት ጀምሮ ከሚከተሉት በአንዱ የበሽታ ምልክት ኖርዎት ያውቃል?</p>	<p>አዎ</p>	<p>አይደለም</p>
ትኩሳት እና/ወይም ብርድ ብርድ የሚል ስሜት የሙቀት መጠኑ 100.4°F ወይም ከዚያ በላይ ሆኖ የተመዘገበ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በአለፉት 24 ሰዓታት ውስጥ ትኩሳት የሚቀንስ መድኃኒት ተጠቅመዋል?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በሌላ የጤና ሁኔታ ምክንያት ሳይሆን/ሳይኖረው የተከሰተ አዲስ ሳል አለዎት?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በሌላ የጤና ሁኔታ ምክንያት ሳይሆን/ሳይኖረው አዲስ ለመተንፈስ መቸገር ወይም የትንፋሽ እጥረት ችግር አለዎት?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በሌላ የጤና ሁኔታ ምክንያት ያልተከሰተ ብርድ ብርድ የሚል ስሜት አለዎት?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በሌላ የጤና ምክንያት ያልተከሰተ አዲስ የጉሮሮ መቆጣት ስሜት አለዎት?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
በሌላ የጤና ሁኔታ ምክንያት ወይም በተወሰነ እንቅስቃሴ (እንደ የአካል ብቃት እንቅስቃሴ ያሉ) ምክንያት ያልተከሰተ አዲስ የጡንቻ ህመም ይሰማዎታል?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
አዲስ የመቅመስ ወይም የማሽተት ችሎታ ማጣት?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ባለፉት 10 ቀናት ውስጥ የCOVID-19 ቫይረስ እንዳለበት በምርመራ ተረጋግጧል?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ባለፉት 14 ቀናት ውስጥ በCOVID-19 መያዙ ከተጠረጠረ ወይም ከተረጋገጠ ሰውጋር የቀረበ የአካል ርወት (ከ6 ጫማ ባነስ ርቀት ውስጥ ለ15 ደቂቃ ወይም ከዛ በላይ) ውስጥ ተገኝተዋል?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>