



سوالات مربوط به معاینات بهداشتی COVID-19 که باید روزانه توسط ولی/سرپرست، کارکنان و یا بازدید کننده ها تکمیل گردد

کارکنان و دانش آموزان در صورت پاسخ "بله" به هر یک از سوالات زیر باید در منزل بمانند

بازدید کننده ها در صورتیکه به هر یک از سوالات زیر پاسخ "بله" دهند، اجازه ورود به داخل ساختمان و تاسیسات FCPS را نخواهند داشت

خو	بله	پاسخ بله یا خیر، آیا شما از آخرین روز مدرسه/کاری/بازدید یکی از علائم زیر را داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احساس تب و / یا لرز - دمای 100.4F درجه یا بالاتر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در طی 24 ساعت گذشته از داروی ضد تب استفاده کرده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرفه جدید که ناشی از شرایط دیگر سلامتی جسمی نباشد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنگی نفس یا مشکل تنفسی جدید که ناشی از شرایط دیگر سلامتی جسمی نباشد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احساس لرز که ناشی از شرایط دیگر سلامتی جسمی نباشد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گلو درد که ناشی از شرایط دیگر سلامتی جسمی نباشد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درد عضلانی که ناشی از شرایط دیگر سلامتی جسمی یا یک فعالیت خاص نباشد (مانند ورزش)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از دست دادن حس بویایی یا چشایی؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا در طی 10 روز گذشته نتیجه تست مثبت ویروس COVID-19 داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا طی 14 روز گذشته در تماس نزدیک (با فاصله 6 فوت برای 15 دقیقه) با فرد مبتلا یا مشکوک به ویروس COVID-19 بوده اید؟