



Các Câu hỏi Kiểm tra Sức khỏe cho COVID-19 cần phải điền hàng ngày bởi phụ huynh/người bảo hộ, nhân viên hay khách

Nhân viên và Học sinh nên ở nhà nếu bất cứ câu trả lời nào là “CÓ”.

Khách sẽ không được vào trường sở FCPS nếu bất cứ câu trả lời nào là “CÓ”.

CÓ hay KHÔNG - Từ ngày cuối mà bạn học/làm việc/thăm trong trường sở, bạn có điều gì trong số những triệu chứng sau đây?	Có	Không
Cảm thấy sốt và/hoặc thấy ớn lạnh - khi thân nhiệt ghi nhận được là 100.4 độ F hay cao hơn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dùng thuốc giảm sốt trong vòng 24 giờ qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mới bị ho mà không bị gây nên bởi một tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mới bị khó thở hay hết hơi mà không bị gây nên bởi một tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mới bị ớn lạnh mà không bị gây nên bởi một tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mới bị đau/viêm họng mà không bị gây nên bởi một tình trạng sức khỏe khác?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mới bị đau nhức bắp thịt mà không bị gây nên bởi một tình trạng sức khỏe khác, hoặc có thể vì là một hoạt động cụ thể như tập thể dục?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mới mất cảm giác khi nếm hay ngửi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bạn đã có xét nghiệm dương tính cho vi-rút gây ra dịch bệnh COVID-19 trong vòng 10 ngày qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong 14 ngày qua, bạn có ở gần (trong vòng 2 mét cho 15 phút hoặc lâu hơn) với một người bị nghi ngờ là nhiễm COVID-19 hoặc bị bệnh COVID-19 không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>