

Bảng Câu Hỏi Sàng Lọc Sức Khỏe

Các câu hỏi kiểm tra sức khỏe COVID-19 phải được phụ huynh/người giám hộ, nhân viên hoặc khách quan trọng hoàn thành hàng ngày

Nhân viên và học sinh nên ở nhà nếu **BẤT KỲ** câu trả lời nào là ‘CÓ’
 Những vị khách quan trọng sẽ không được phép vào các cơ sở của FCPS nếu **BẤT KỲ** câu trả lời nào là ‘CÓ’

CÓ hoặc KHÔNG, kể từ lần đi học/đi làm /đến thăm trước quý vị có bất kỳ triệu chứng nào sau đây không?	Có	Không
Có cảm thấy sốt và/hoặc ớn lạnh - nhiệt độ được ghi nhận là 100,4 độ F trở lên không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có sử dụng thuốc hạ sốt nào trong vòng 24 giờ qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị một cơn ho mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bị nghẹt mũi hoặc sổ mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị một cơn hụt hơi hoặc khó thở mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị một cơn ớn lạnh mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị một cơn đau họng mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị một cơn đau cơ mới mà không phải do tình trạng sức khỏe khác hoặc do một hoạt động cụ thể (như tập thể dục) gây ra không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có mệt mỏi (mệt mỏi hơn bình thường) không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị nhức đầu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có mới bị mất vị giác hoặc khứu giác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có bị đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn hoặc nôn không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có mới bắt đầu biếng ăn hoặc ăn kém?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quý vị có xét nghiệm dương tính với vi rút gây bệnh COVID-19 trong vòng 10 ngày qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiện quý vị có được xét nghiệm COVID-19 vì bị ốm và vẫn đang chờ kết quả xét nghiệm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong 14 ngày qua, quý vị có tiếp xúc gần (trong vòng khoảng 6 feet trong 15 phút trở lên) với người bị nghi ngờ hoặc xác nhận có COVID-19 không? Những người đã được tiêm vắc xin đầy đủ và được xác định là người có tiếp xúc gần với trường hợp COVID KHÔNG CẦN phải cách ly nếu họ đáp ứng các tiêu chí sau:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Đã được tiêm vắc xin đầy đủ ○ Từ hoặc hơn 14 ngày kể từ liều cuối cùng ○ Không có triệu chứng 		