



## فرم خود اظهاری سلامت

### مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:
ساکن شهر:	مقطع تحصیلی:
محل سکونت در رشت:	تلفن همراه:
<input type="checkbox"/> منزل مسکونی	<input type="checkbox"/> خوابگاه

### مشخصات سلامتی

- ۱- آیا مبتلا به بیماری کرونا شده اید؟  بله  خیر
- الف) در صورت مبتلا شدن، کدام یک از علائم بیماری کرونا را (طبق جدول) در تاریخ داشته اید؟

<input type="checkbox"/> تب و لرز	<input type="checkbox"/> درد عضلانی
<input type="checkbox"/> گلودرد	<input type="checkbox"/> سرفه
<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> بی حالی
<input type="checkbox"/> اسهال و تهوع و استفراغ	<input type="checkbox"/> کاهش حس بویایی و چشایی

- ب) آیا در زمان بیماری، بستری شده اید؟  بله  خیر

ج) در صورت بستری شدن:

تاریخ بستری شدن

تاریخ ترخیص از بیمارستان

تاریخ پایان قرنطینه در منزل

### در صورت انجام آزمایش و بررسی های ریوی، نتایج آن ذکر شود

۲- بیمار نبوده ام اما با فرد مبتلا به کرونا، تماس داشته و هنوز علائمی ندارم. تاریخ تماس:

- ۳- قرنطینه کاملاً رعایت شده و با هیچ بیماری تماس نداشته ام.  بله  خیر