

新型冠状病毒（COVID-19）相关问题

1. 请问您是否被确诊患有新型冠状病毒？

- 是
- 否

2. 您是否做过新型冠状病毒检测？

- 是
- 否

请问您在哪做的检测？

- 医院门诊或医院实验室/免下车检测站（drive through）
- 医院急诊部门
- 其他

请问“其他”检测地点具体指的是？

请问您做检测时是否有任何病症？

- 是
- 否

请问您为何做检测？

- 从事医护、急救工作
- 家中有易感染人群
- 其他

请问您为了什么“其他”原因做了检测？

3. 请描述您的症状:

- 无任何病症
- 咳嗽, 持续天数 ___
- 喉咙痛, 持续天数 ___
- 发烧 ($\geq 100.4^{\circ}\text{F} / 38^{\circ}\text{C}$), 持续天数 ___
- 记录到的最高体温 _____
- 发冷
- 头疼
- 失去嗅觉 (部分)
- 失去嗅觉 (全部)
- 失去味觉 (部分)
- 失去味觉 (全部)
- 呼吸困难
- 疲劳
- 肌肉酸痛
- 流鼻涕
- 腹泻 (24小时内 ≥ 3 次稀便或水样大便)
- 恶心、呕吐
- 脸部、嘴唇发红
- 意识紊乱、无法勃起
- 胸闷、胸痛
- 轻度结膜炎、或者红眼
- 其他, 请详细说明 _____

您能记得的咳嗽天数?

请描述咳嗽的类型:

- 干咳
- 有痰
- 其他 _____

第一次出现症状的日期?

如果记得的话, 症状消退的日期?

4. 在您被确诊为新冠患者/新冠疑似患者/新冠患者密切接触者时，您是否刚从境外返回？

否

是，境外国家/地区：_____ 在境外的具体日期：

5. 您是否接触过新冠患者、新冠疑似患者？

是；接触过新冠患者

是；接触过新冠疑似患者

否

不确定

Contains questions 14-18 from full survey