

Yang Dihormati Tuan/Puan,

Bagi mengelakan penyebaran COVID-19 dikalangan komuniti kami juga orang lain, Pihak kami perlu menjalankan soal selidik ringkas berkaitan dengan tahap kesihatan dan Sejarah perjalanan terkini tuan/puan. Penglibatan pihak tuan/puan dalam mengisi soal selidik ini adalah penting bagi membolehkan pihak kami mengambil Langkah pencegahan dan pengawalan sewajarnya bagi membendung penyebaran COVID-19 di dalam premis ini.

Kerjasama dari tuan/puan amat dihargai. Terima Kasih

<b>Nama:</b>	<b>Nombor telefon:</b>
<b>No. Kad Pengenalan / No. Passport:</b>	<b>Warganegara:</b>
<b>Organisasi (Jika berkenaan)</b>	
<b>Lokasi mesyuarat / aras / bahagian:</b>	<b>Pihak Penganjur:</b>
<b>Bacaan Suhu Badan:</b>	<b>Dicatat oleh (Nama Pegawai):</b>

### PENGISTIHARAN KESIHATAN

<b>1</b>	Adakah anda mempunyai gejala berikut, sila bulatkan jawapan anda: Demam <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Sakit Tekak <input type="checkbox"/> Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Lain-lain _____
<b>2</b>	Adakah anda pernah berhubung rapat dengan sebarang kluster COVID-19 yang dinyatakan oleh KKM atau Pesakit dibawah Siasatan (PUI) atau pesakit COVID-19 positif dalam masa 14 hari lalu? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Pernahkah anda ke Negara atau Kawasan yang terjejas COVID-19 dalam masa 14 hari lalu? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Jika Ya, sila nyatakan negara atau Kawasan tersebut: _____

<b>Tandatangan:</b> _____	<b>Tarikh:</b> _____
------------------------------	-------------------------

*Nota: Maklumat ini akan digunakan untuk mengesan kontak jika diperlukan.*