附件9

健康告知书

先生／女士，根据疾控中心的流行病学调查结果，您被判定为新型冠状病毒可疑暴露者□/一般接触者□，自 年 月 日至 年 月 日止，在这期间若您出现发热（腋下体温≥37.3℃）、寒战、干咳、咳痰、鼻塞、流涕、咽痛、头痛、乏力、肌肉酸痛、关节酸痛、气促、呼吸困难、胸闷、结膜充血、恶心、 呕吐、腹泻和腹痛等任何症状时要立即就医。为了您和您的家人健康，请及时联系我们。感谢您的配合！

（联系人：XXX 联系电话：XXXXXXXXXXX）

签收人：

XXXX疾病预防控制中心

 年 月 日