



BORANG SARINGAN KESEHATAN GEJALA COVID-19 HARIAN
DAILY HEALTH SCREENING FOR COVID-19 SYMPTOMS FORM

Tarikh/ Date :

Masa/ Time :

Nama
Name:

Jantina
Sex :

No. Kad Pengenalan
Identification kad :

No Paspot
Passport No:

No. Telefon
Telephone No:

SILA JAWAB DENGAN JUJUR DAN BETUL/ PLEASE ANSWER WITH SINCERE AND TRUTH

Jika ADA jawapan 'YA' dan/atau 'Suhu Badan ≥ 37.5 C' segera mendapatkan rawatan di fasiliti kesihatan
If ANY answer is 'YES' and/or 'Body Temperature ≥ 37.5 ' immediately seek treatment at the nearest health facility

Adakah Anda Sedang Mengalami GEJALA BERIKUT; <i>Do you have these symptoms?</i>	JAWAPAN / ANSWER
DEMAM / FEVER	YA/YES TIDAK/NO
BATUK / COUGH	YA/YES TIDAK/NO
SAKIT TEKAK / SORE THROAT	YA/YES TIDAK/NO
SELSEMA / RUNNING NOSE	YA/YES TIDAK/NO
SESAK NAFAS / SHORTNESS OF BREATH	YA/YES TIDAK/NO
BACAAN SUHU BADAN / BODY TEMPERATURE	<input type="checkbox"/> < 36.9 C <input type="checkbox"/> 37.0 C – 37.4 C <input type="checkbox"/> ≥ 37.5 C

Saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah betul dan tepat. Tindakan boleh dikenakan jika maklumat yang diberikan adalah palsu.

I hereby declare that all the information given in this form is true and correct. Action can be taken if the information provided is false.

Tandatangan

.....

TERIMA KASIH DIATAS KEJUJURAN DAN KERJASAMA ANDA