附件1

**传染病症状监测登记表**

责任报告单位：　　　县　　 乡　 　 　灾民安置点(或村、街道、村、社区)　 编号：

**如果您在诊疗或巡诊过程中发现有当日新发生的下列症状的病人，请填写下表。**

**如发现疑似鼠疫、霍乱、炭疽，疑似传染病相关死亡或传染病暴发，请立即通过电话报告当地县区疾控中心。**

**如能够做出某种传染病的临床诊断，请在临床诊断栏写明病名。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓　名** | **年龄** | **就诊时间** | **症状（填写编号）** | **临床诊断** | **诊治医生** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**症状编号：**1.发热伴呼吸道症状 2.发热伴出疹 3.腹泻（水样便） 4.腹泻（血便） 5.急性黄疸 6.脑炎或脑膜炎 7.其他发热性疾病 8.急性中毒 9.咳嗽伴咳血 10.淋巴结肿大