

**PHỤ LỤC IV**

**BỘ CHỈ HUY QUÂN SỰ TỈNH/ỦY BAN NHÂN  
DÂN HUYỆN/THÀNH PHỐ.....  
Cơ sở cách ly tập trung:.....**

**BẢNG THEO DÕI SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC CÁCH LY  
TẠI CƠ SỞ CÁCH LY TẬP TRUNG**

Ngày bắt đầu cách ly:...../...../.....

Họ và tên người được cách ly:.

Số điện thoại người được cách ly:

Họ và tên người theo dõi: .....

Số điện thoại để liên hệ khi có các triệu chứng nghi mắc bệnh:

Thứ tự ngày theo dõi	Ngày giám sát	Thân nhiệt đo được*		Có triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh (Sốt; ho; đau họng; hắt hơi - sổ mũi; đau người - mệt mỏi ớn lạnh; khó thở) Nếu có ghi rõ		Sức khỏe bình thường (Không có triệu chứng nghi ngờ) Nếu không có ghi "BT"		Ca bệnh nghi ngờ **	Vắng mặt** (Nếu vắng mặt báo ngay cho lãnh đạo phụ trách)
		S	C	S	C	S	C		
Ngày 1	...../...../2021								
Ngày 2	...../...../2021								
Ngày 3	...../...../2021								
Ngày 4	...../...../2021								
Ngày 5	...../...../2021								
Ngày 6	...../...../2021								
Ngày 7	...../...../2021								
Ngày 8	...../...../2021								
Ngày 9	...../...../2021								
Ngày 10	...../...../2021								
Ngày 11	...../...../2021								
Ngày 12	...../...../2021								
Ngày 13	...../...../2021								
Ngày 14	...../...../2021								

Ghi chú: S: sáng, C: chiều / \* Ghi rõ nhiệt độ đo được / \*\* Đánh dấu "X" nếu có