



Admission Health Survey

入院健康问卷调查

Welcome to SingHealth CCF @ Expo
欢迎你来到新加坡保健集团所管理的社区护理设施
(位于在新加坡博览中心)

Please complete this survey
so that we can take better care of you during your stay here.
请完成这份问卷，以便于我们在此更好的照顾您。

Name: 姓名性别	Gender:
NRIC / FIN: NRIC/FIN 号码电话号码	Phone Number:
Age: 年龄	
Address: 地址	

Admission Survey

入院问卷调查

When did your COVID-19 symptoms start? 请问您是何时出现新型冠状病毒感染的症状?	Date / Month / Year 日期 / 月份 / 年
When did you do your throat/nose swab? 请问您何时做的喉咙/鼻腔拭子测试?	Date / Month / Year 日期 / 月份 / 年
Did you have a chest x-ray taken at the hospital? 请问您是否有在医院做了 X 光胸片?	No / Yes 否 / 是
If yes, when was the chest x-ray taken? 如果回答是, 请问是何时做的 X 光胸片?	Date / Month / Year 日期 / 月份 / 年

Where did you come from?

请问你来自以下哪类医疗机构?

Hospital/Polyclinic/Local Doctors/Dormitory/Others:

医院 / 综合诊疗所 / 本地家庭医生诊所 / 集体宿舍 / 其它

Do you have any existing medical problems?

请问您是否有过往病史?

		<p>If yes, what medication are you on? 如果有任何列出的疾病, 请问您有正在服用什么药物?</p>
<p>High Blood Pressure 高血压</p>	<p>No / Yes 否 / 是</p>	
<p>Diabetes 糖尿病</p>	<p>No / Yes 否 / 是</p>	
<p>Previous Heart Problems 心脏病史</p>	<p>No / Yes 否 / 是</p>	
<p>High Cholesterol 高血脂</p>	<p>No / Yes 否 / 是</p>	
<p>Allergies 过敏 (药物, 食物等)</p>	<p>No / Yes 否 / 是</p>	
<p>Others 其它</p>		

Are you currently experiencing any of the following?

请问您是否有以下症状？

		If yes, when did the symptoms start: Date / Month / Year 如果您有任何列出的症状，请问该症状何时开始：日期 / 月份 / 年
Shortness of Breath / Difficulty Breathing 气喘 / 呼吸困难	No / Yes 否 / 是	
Chest Pain / Palpitations 胸闷 / 心悸	No / Yes 否 / 是	
Are you feeling worse than before 你身体是否感觉越来越糟糕？	No / Yes 否 / 是	
Blocked / Running Nose 鼻塞 / 流鼻涕	No / Yes 否 / 是	
Cough 咳嗽	No / Yes 否 / 是	
Sore Throat 喉咙痛	No / Yes 否 / 是	
Painful Toes 脚趾疼痛	No / Yes 否 / 是	
Unable to Smell 嗅觉失灵	No / Yes 否 / 是	
Taste Disturbances 味觉异样	No / Yes 否 / 是	