

சுய சான்றிதழ்

A		பொது	
1	பெயர்		T.No
2	விலாசம்		
3	அலைபேசி எண்		
4	கம்பெனி பெயர்		
5	காண்ட்ராக்ட் தொழிலாளி என்றால் காண்ட்ராக்டர் பெயர்		
B		மருத்துவ அறிகுறிகள்	
1	இரத்த அழுத்த நோய் உண்டா?	ஆம் / இல்லை	
2	நீரழிவு நோய் உண்டா?	ஆம் / இல்லை	
3	கடந்த முப்பது நாட்களில் உங்களுக்கு கீழ்க்கண்ட நோயின் அறிகுறிகள் இருந்தனவா?	ஆம் / இல்லை	
a	காய்ச்சல்	ஆம் / இல்லை	
b	சளி	ஆம் / இல்லை	
c	இருமல்	ஆம் / இல்லை	
d	மூச்சுத்திணறல்	ஆம் / இல்லை	
e	தொண்டைவலி	ஆம் / இல்லை	
4	ஆஸ்த்மா நோய் உண்டா	ஆம் / இல்லை	
5	உங்களின் குடியிருப்பு கொரொனா பாதிப்பினால் தனிமைப்படுத்தப்பட்ட பகுதியில் உள்ளதா?	ஆம் / இல்லை	
6	உங்களுக்குடும்ப உறுப்பினர்களில் எவருக்காவது கொரொனா நோயின் அறிகுறிகள் இருந்தனவா?	ஆம் / இல்லை	
மருத்துவரின் குறிப்பு / ஒப்பம்		ஒப்பம்	