



THE CHINESE UNIVERSITY OF HONG KONG
Committee on Health Promotion and Protection
香港中文大學健康促進及防護委員會



Health Declaration 健康申報表

Name : _____ Student / Staff ID : _____
姓名 學生 / 職員編號
College : _____ Hostel : _____
書院 宿舍
Department : _____
部門

A. SYMPTOMS 病徵	NO 無	YES 有	If Yes, number of days 如有, 日數
1. Fever 發燒			
2. Chills & Rigor 發冷			
3. Cough 咳嗽			
4. Diarrhoea 肚瀉			
5. Shortness of Breath / Difficulty in Breath 呼吸急促 / 呼吸困難			
6. Other Symptoms (Please specify) 其他病徵 (請列明)			

Please provide the following information: 請提供以下資料:

B. Travel history within 14 days 十四天內的旅遊記錄

C. Related health history (Visit of hospitals or close contact with patient with significant infective disease) (Please specify) 相關健康紀錄 (曾到訪醫院或與傳染病患者有密切接觸) (請列明)

Signature 簽名 : _____

Contact number 聯絡電話 : _____

Date 日期 : _____