



فرم خوداظهاری بیماری کرونا ویروس جدید (COVID-19)

مسافر گرامی، ارائه اطلاعات زیر طبق قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و بمنظور حفظ سلامت عمومی ضروری بوده و بعنوان بخشی از اقدامات بهداشت عمومی در پاسخ به همه گیری جهانی کرونا ویروس جدید و منحصراتوسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد استفاده قرار خواهد گرفت.



*** تکمیل و تحویل این فرم قبل از ورود به کشور الزامیست. / ضمناً فیلد شماره تماس حتماً تکمیل گردد.**

۱- اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی:	۲-جنسیت (زن/مرد):	۳-تاریخ تولد:	۴-ملیت:	۵-کد ملی:	۶-شماره گذرنامه:
۷-تاریخ پرواز:	۹-شماره صندلی شما در هواپیما:	۱۰-محل اقامت (در ایران):	۱۱-شماره تلفن در ایران:	۱۲-محل اقامت دائم:	
۸-شماره پرواز:			موبایل:		

۲-لطفاً به سوالات ذیل نیز پاسخ دهید:

در ۱۴ روز گذشته سابقه سفر به کدام کشورها را داشته اید؟ ذکر نمائید.

آیا سابقه بیماری زمینه ای (دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی و ...) دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید. ☐ خیر ☐ بلی

در حال حاضر کدامیک از نشانه های زیر را دارید؟

☐ تب	☐ سرفه	☐ احساس تنگی نفس	☐ سردرد	☐ گلودرد	☐ بدن درد	☐ لرز	☐ اسهال	☐ استفراغ
حالت تهوع ☐	آبریزش بینی ☐	از دست دادن حس چشایی ☐	از دست دادن حس بویایی ☐					
آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا ویروس جدید مراقب کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی	یا تماس رو در رو با چنین فردی داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی							
آیا او در یک مکان زندگی کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی	آیا در بیمارستانی که مواردی از کرونا ویروس در آن تحت درمان بوده، به عیادت بیمار رفته یا کار کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی							
آیا تاکنون به بیماری کرونا ویروس جدید مبتلا شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی	آیا کسی از اعضای خانواده شما از نظر ابتلا به کرونا ویروس مشکوک (یا محتمل) میباشد؟ ☐ خیر ☐ بلی							
در صورت پاسخ بلی، اقدامی که برایتان انجام شده چه بوده؟ ☐ بستری در بیمارستان		درمان و اقامت در منزل ☐						

۳- اینجانب صحت اطلاعات مندرج در پرسشنامه فوق را تأیید مینمایم.

امضاء



ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Ministry of Health and
Medical Education

COVID-19 Self Declaration Form

Dear Passenger, the following information is necessary in accordance with the laws of the Government of Islamic Republic of Iran as a part of public health measures in response to the COVID-19 pandemic, and will be used just by ministry of health of I.R.Iran



***Completion and delivery of this form is required before entering the country /Also, the contact number field must be completed.**

1-Personal information:

1-Name of the passenger:	2-Gender(F/M):	3-Date of Birth:	4-Nationality:	5-Passport No. :	6-Date of arrival:
7-Flight No. :	8-Seat No. :	9-Current residency address in Iran:			
10-Your contact information in I.R. IRAN		11-Permanent residency:			
Tel(Home):		Cell(Mobile):			

2-Answer the following questions?

Which countries have you traveled to, during the last 14 days?

Do you have any history of underlying disease? Such as Diabetes ☐ Blood pressure ☐ Cardiovascular disease ☐ Respiratory disease ☐ Others ☐

Which of the following symptoms do you have now?

Fever ☐ Cough ☐ Dyspnea ☐ Headache ☐ Sore Throat ☐ Body pain ☐ Nausea ☐ Vomiting ☐ Diarrhea ☐ Runny nose ☐ Loss of the sense of taste ☐ Loss of the sense of smell ☐

Have you ever cared for a patient with new corona virus ? Yes ☐ No ☐ Have you had a face-to-face contact with a case of new Corona virus ? Yes ☐ No ☐

Do you have lived with a covid-19 patient in the same place? Yes ☐ No ☐ Have you visited or worked in a hospital where cases of Corona virus are being treated? Yes ☐ No ☐

Have you ever had a new Corona virus ? Yes ☐ No ☐ Has your family member been a suspect or probable case of new Corona virus? Yes ☐ No ☐

If yes, what was the action taken for you? Hospitalization ☐ Home care ☐

3- Hereby, I (name), confirm the accuracy of the information in the above questionnaire.

Signature

