



**DEKLARASI SARINGAN KESIHATAN GEJALA COVID-19 HARIAN**  
**COVID-19 SYMPTOMS DAILY HEALTH SCREENING DECLARATION**

Tarikh / Date : .....

Masa / Time : .....

Nama

Jantina

Name : .....

Sex : .....

No. Kad Pengenalan

No. Paspot

Identification Card No. : .....

Passport No. : .....

No. Matrik

No. Telefon

Matric No. : .....

Telephone No. : .....

Pusat Pengajian

Tahun

School : .....

Year : .....

Desasiswa

Hostel : .....

**SILA JAWAB DENGAN JUJUR DAN BETUL / PLEASE ANSWER HONESTLY AND TRUTHFULLY**

Jika ADA jawapan 'YA' dan/atau 'Suhu Badan  $\geq 37.5$  C' segera mendapatkan rawatan di fasiliti kesihatan.

*If you answer 'YES' to any of the following and/or your 'Body Temperature  $\geq 37.5$ ' immediately seek treatment at the nearest health facility.*

Adakah Anda Sedang Mengalami <b>GEJALA BERIKUT?</b> <i>Do you currently have <b>ANY OF THESE SYMPTOMS?</b></i>	JAWAPAN / ANSWER	
<b>DEMAM / FEVER</b>	YA / YES	TIDAK / NO
<b>BATUK / COUGH</b>	YA / YES	TIDAK / NO
<b>SAKIT TEKAK / SORE THROAT</b>	YA / YES	TIDAK / NO
<b>SELSEMA / RUNNING NOSE</b>	YA / YES	TIDAK / NO
<b>SESAK NAFAS / SHORTNESS OF BREATH</b>	YA / YES	TIDAK / NO
<b>BACAAN SUHU BADAN / BODY TEMPERATURE</b>	<input type="checkbox"/> $\leq 37.4^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	

Saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah betul dan tepat. Tindakan boleh dikenakan jika maklumat yang diberikan adalah palsu.

*I hereby declare that all the information given in this form is true and correct. Action can be taken against me if the information provided is false.*

Tandatangan / Signature

Tarikh / Date

.....

.....