附件2

个人健康情况筛查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 现居住地址 |  |
| 联系电话 |  |
| **一、10天内本人及共同居住人员有/无：（在后面打勾）**1.发热、乏力、咳嗽、咽痛、咽干、腹泻、呕吐、嗅觉或味觉减退等症状：有（ ）、无（ ）2.会前10天内有境内中高风险区、本土疫情发生县（市、区）、国外旅行史或居住史：有（ ）、无（ ）3.与新型冠状病毒感染者（确诊病例或无症状感染者）、疑似病例接触史：有（ ）、无（ ）4.接触过有流行病学史的发热或呼吸道症状的患者：有（ ）、无（ ）5.有聚集性发病（在小范围如家庭、办公室等场所，出现2例及以上发热或呼吸道症状的病例）的情况：有（ ）、无（ ）6.已治愈出院的确诊病例或已解除集中隔离医学观察的无症状感染者，尚在随访或医学观察期内：是（ ）、否（ ）7.共同居住者为进口货物或入境口岸相关从业人员、集中隔离点工作人员：是（ ）、否（ ）8.是否有境外旅居史？ 是（ ）、否（ ）9.是否为仍处于康复或隔离期的病例、无症状感染者或密接者？是（ ）、否（ ）．10.是否已全程接种新冠病毒疫苗? 是（ ）、否（ ） | 有此情况请简单描述： |
| 其他需说明情况： |
| 本人承诺：以上内容属实如隐瞒、虚报、谎报、本人承担一切法律责任和相应后果。承诺人（签名）： 填报日期： 年 月 日 |