

## 个人健康情况筛查表

|   |  |    |  |       |                             |
|---|--|----|--|-------|-----------------------------|
| 姓 名   |  | 性别 |  | 身份证号码 |                             |
| 单位及职务   |  |    |  |       |                             |
| 现居住地<br>(具体到门牌)   |  |    |  |       |                             |
| 手机号码  |  |    |  |       |                             |
| <p>一、14 天内本人有无：（在后面打√）</p> <p>①发热、寒战、咳嗽、咳痰、咽痛、打喷嚏、流涕、鼻塞、乏力肌肉酸痛、气促、呼吸困难、胸闷、结膜充血、恶心、呕吐、腹泻、腹痛、皮疹、黄疸、嗅觉或味觉减退等症状，未排除传染病者：<br/>有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p>②国内中高风险地区旅居史：有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p>③是否有境外旅居史：有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p>④接触新冠肺炎确诊病例、无症状感染者或密切接触者：<br/>有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p>二、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<br/><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>三、是否接种新冠肺炎疫苗：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> |  |    |  |       | <p>有此情<br/>况请简单<br/>描述：</p> |
| 其他需申报的情况（有无慢性病等）：   |  |    |  |       |                             |
| <p>本人承诺：</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名）：</p>  |  |    |  |       |                             |

填 报 日 期 ：    年    月    日