健康承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 现工作单位及职务 |  | | | | |
| 现居住地址 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | |
| 一、10天内本人及共同居住人员是否有以下情况：（在后面打勾）  1.是否有发热、乏力、咳嗽、咽痛、咽干、腹泻、呕吐，嗅觉或味觉减退等症状：是（ ） 否（ ）  2.是否为疫情中高风险地区所在地级市（区）或境内新发病例所在地级市（区）旅国史、接触史的人员：是（ ） 否（ ）  3.是否与新型冠状病毒感染者（确诊病例或无症状感染者）、疑似病例有接触史：是（ ） 否（ ）  4.是否接触过有流行病学史的发热或呼吸道症状的患者：是（ ） 否（ ）  5.是否有聚集性发病（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：是（ ） 否（ ）  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，尚在随仿或医学观察期内：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（ ）  二、是否有境外旅居史：是（ ） 否（ ）  三、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（ ）  四、是否已全程接种新冠肺炎疫苗：是（ ） 否（ ） | | | | | 有此情况请简单描述： |
| 其他情况说明： | | | | | |
| 本人承诺：以上内容属实，如有隐瞒、虚报、谎报，本人承担一切法律责任和相应结果。  承诺人（签名）： 填报日期： 年 月 日 | | | | | |