附件 2：

|  |
| --- |
|  |
| 基本信息 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 工作单位 | 联系电话 |  |
|  |  |  |  |  |
| 户籍地址 | 现住址（具体到乡、镇/街道、村/社区/小区/门牌号 |
|  |  |
| 身份证号码 |  |
| 健康情况 | 体温（℃） | 有无以下临床表现：□寒战 □干咳 □咳痰 □鼻塞 □流涕 □咽痛 □头痛 □乏力 □头晕□肌肉酸痛 □关节酸痛 气促 □呼吸困难 □胸闷 □胸痛 □结膜充血 □恶心 □呕吐 □腹泻 □腹痛 □其 他（注：有在□内划“∨”） |
|  |
| 旅居史、健康史及接触史 | 28 天内是否有境外旅居史？ | 是 | 否 |
| 28 天内是否有港、台旅居史？ | 是 | 否 |
| 14 天内是否有国内中高风险区旅居住史？ | 是 | 否 |
| 是否曾被诊断为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者？ | 是 | 否 |
| 14 天内是否接触过有境外（包括港台） 、中高风险区旅居史的人员？ | 是 | 否 |
| 14天内是否与新冠肺炎确诊、疑似病例或无症状感染者有密切接触？ | 是 | 否 |
| 14 天内家属及同事是否有高中风险地区、境外（包括港台） 旅居史？ | 是 | 否 |
| 本人同一家庭、工作单位等集体单位 14 天内是否有发热或其他聚集 性发病情况？ | 是 | 否 |
| 本人近 14 天健康状况:发热□ 乏力□ 咽痛□ 咳嗽□ 腹泻□ 其他□ 正常□ |
| 健康码和 疫苗接种 情况 | 健康码颜 色 |  | 新冠疫苗接种情况 | 未接种 接种第一剂□已全程接种 |
| 本人承诺及签字 | 其他需要说明的情况： |
| 本人对以上提供的健康相关信息的真实性负责，如因信息不实引起疫情传播和扩散， 愿承担由此带来的全部法律责任。 |
| 本人签字： 填报日期： |