附件2

个人健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **旅居史、健康史及接触史** | 14天内是否有境外旅居史？ | | | | | | | | 是□ 否□ |
| 14天内是否有港、台旅居史？ | | | | | | | | 是□ 否□ |
| 14天内是否有国内中高风险地区所在市州旅居史？ | | | | | | | | 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** | **健康码颜色** |  | | **新冠疫苗接种情况** | | 未接种 □  未全程接种□  已全程接种□ | | | |
| **本人承诺及签字** | 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： | | | | | | | | |