附件1

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** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **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、澳、台旅居史？ | | | | | | | | 是□ 否□ | |
| 28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（包括港澳台）、中高风险区旅居史的人员？ | | | | | | | | 是□ 否□ | |
| 28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（包括港澳台）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□ 正常□ | | | | | | | | | |
| **健康码等情况** | **健康码颜色** | 红色□  黄色□  绿色□ | **行程码** | 正常□  异常□ | | **新冠疫苗接种情况** | 未接种□  接种第一剂□  已全程接种□ 已接种加强针□ | **48小时内核酸检测结果** | | 阴性□  阳性□  未检测□ |
| **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： | | | | | | | | | |