个人健康情况筛查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | |
| 学校或单位 |  | | | | | |
| 现居住地 | 省区 (市 、 县) 街道(乡镇) 街(巷) 号 | | | | | |
| 手机号码 |  | | | | | |
| 一 、 7天内本人有无 : (如有 , 在症状上打 √)  发热 、 干咳 、 咽痛 、 鼻塞 、 流涕 、 乏力 、 嗅味觉消失或减 退 、 结膜炎 、 肌痛 、 腹泻等症状 , 未排除传染病者 .  无上述症状 口  二 、 14天内国内中高风险地区所在地市旅居史 :有□ 无□  三 、 21天内境外旅居史 :有□ 无 口  四 、 14天内接触过从中高风险地区返紫人员 :有 口 无 口  五 、 14天内接触过次密切接触者 :有□ 无 口  六 、 是否尚在疫情防控措施管控 、 随访 、 健康监测 、 医学观察  期内 : 是 口 否 □ | | | | | | 有此情况请  简单描述 : |
| 七 、 是否接种新冠肺炎疫苗 :接种一剂□  已接种加强针 (第三针) □ | | | | 接种两剂次□  未接种□ | |
| 其他需申报的情况(有慢性病等) : | | | | | | |
| 本人承诺 :  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 . | | | |
|  | | | 承诺人(签名) : | | | |