个人健康信息申报表

姓名： 性别： 男□ 女□ 年龄：

住址： 工作单位： 联系方式：

1.近28天是否有境外或港台地区旅居史：是□ 否□ ，如有请注明国家（地区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_入境时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

2.近14天是否有境内中高风险地区/封控管控区域旅居史：是□ 否□

3.近14天是否有境内发生本土疫情或中高风险地区或有封控管控区域所在城市旅居史：是□ 否□，如有请注明城市：\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_区，最后离开风险地区所在城市的时间为：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.近14天是否接触过来自中高风险地区的亲属、朋友：是□否□

5.近14天是否接触过可疑病例及发热病人：是□ 否□

6.近14天是否有家人、朋友发热或患肺炎等疾病：是□ 否□

7.本人或密切接触的家庭成员是否被告知为新冠肺炎病例、无症状感染者、密切接触者、次密切接触者、一般接触者、潜在密切接触者、可能暴露重点人群（时空伴随人员）：是□ 否□ 为：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.是否全程接种新冠疫苗：是□ 否□

9.近14天您本人是否有如下症状：

发热□ 咳嗽□ 寒战□ 鼻塞□ 流涕□ 咽痛□ 头痛□

嗅（味）觉减退□ 乏力□ 肌肉酸痛□ 关节酸痛□ 胸闷□气促呼吸困难□ 结膜充血□ 恶心□ 呕吐□ 腹泻□ 腹痛□

或有其他需要说明的身体不适症状

**本人承诺**：如实填写上述内容，自觉履行疫情防控的法律法规义务，承担相应的法律法规责任。

**□经核，本人均无上述相关情况**

**10.健康码** □绿色 □黄色 □红色

**11.行程码** □无带“\*”城市旅居史 □带“\*”城市旅居史

填表人（签字）： 填写日期： 年 月 日

请在对应的□打“√”。 2.本表请交相关联络员收集汇总。