**附件3**

**考试人员健康管理信息调查表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **目前居住城市** |  | **健康码**  **①红码 ②黄码 ③绿码** |  |
| **21 天内国内中、高风险等疫情重点地区旅居地（县（市、 区））** | | | | |  |
| **28 天内境外旅居地 （国家地区）** | | | | |  |
| **居住社区21 天内发生疫情 ①是 ②否** | | | | |  |
| **属于下面哪种情形①确诊病例②无症状感染者③密切接触者④以上都不是** | | | | |  |
| **是否解除医学隔离观察 ①是 ②否 ③不属于** | | | | |  |
| **核酸检测 ①阳性 ②阴性 ③不需要** | | | | |  |
| **是否有以下症状①发热②乏力③咳嗽或打喷嚏④咽痛⑤腹泻**  **⑥呕吐⑦黄疸⑧皮疹⑨结膜充血⑩都没有** | | | | |  |
| **如出现以上所列症状，是否排除疑似传染病 ①是 ②否** | | | | |  |
| **本人承诺：以上信息属实，如有虚报、瞒报，愿承担责任及后果。**  **签字（手签）： 联系电话：**  **日 期：** | | | | | |