附件：

**人员健康申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 手机 |  | |
| 身份证号 |  | | 赣通码  状态 | 绿码：□ 红码：□ | | |
| 黄码：□ 未申领：□ | | |
| 近14天内本人及共同居住的家属是否有境外或国内高、中疫情风险地区旅居史，或在其他有病例报告社区的居住史？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 近14天内本人及共同居住的家属是否接触过确诊病例、疑似病例或无症状感染者，与他们共同生活、学习、工作、乘坐同一交通工具等近距离接触？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 近14天内本人及共同居住的家属是否接触过来自境外或国内高、中疫情风险地区人员，或是否接触过来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状患者？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 本人是否在集中隔离医学观察场所留观过？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 近14天内是否出现过发热、乏力、干咳、腹泻等症状？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 近14天内本人有没有去过医院就诊？若有，症状或疾病： | | | | 有□ | | 没有□ |
| 其他需说明的情况（如无，请填无）。 | | | | | | |
| 本人承诺以上所填写情况属实，本人愿承担相关法律责任  签名： 时间： 年 月 日 | | | | | | |