**人员健康申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 手机 |  | |
| 身份证号 |  | 健康码状态 | | 绿码：□ 红码：□ | | |
| 黄码：□ 未申领：□ | | |
| 近14天内本人是否有境外或国内高、中疫情风险地区及重点区域旅居史，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□ |
| 本人是否进行过隔离医学观察？  如是，隔离时间：  解除隔离时间： | | | | 是□ | | 否□ |
| 本人是否曾被判定为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者？  如是，确诊时间：  解除隔离时间： | | | | 是□ | | 否□ |
| 本人是否做过新冠肺炎核酸检测？  如是，检测时间：  检测结果： | | | | 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？  如有，症状或疾病： | | | | 有□ | | 无□ |
| 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 | | | | | | |