|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  河北中医学院应聘人员14天体温健康登记表 | | | | | | | | | |
| 家庭住址： | | | 填表日期： | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 | |  | |
| 目前健康 状况 |  | | 常用 联系电话 |  | | 本人 身份证号 | |  | |
| 家庭居住详细地址 |  | | | | 目前居住 详细地址 |  | | | |
| **2020年12月6日后出行史** | | | | | | | | | |
| 去往地点 |  | | 是否返石 |  | 返石居家隔离天数 |  | | 是否为离境返石人员 |  |
| 是否为湖北籍或留居湖北人员 | | | |  | 是否与新冠肺炎确诊病例或疑似病例密切接触 | | | |  |
| 是否接触过疫情防控重点地区高危人员 | | | |  | 是否与入境来冀人员在其隔离期间密切接触且未满14天 | | | |  |
| 是否出现 发热情况 |  | | 诊断治疗 详细情况 |  | | | | | |
| **核酸检测情况** | | | | | | | | | |
| 是否经过 核酸检测 |  | | 检测时间 |  | 检测机构 |  | | 检测结果 |  |
| **定点隔离情况** | | | | | | | | | |
| 是否有定点隔离史 |  | | 隔离地点 |  | | | | 隔离天数 |  |
| **同住家庭成员身体健康状况** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 每日体温、健康状况监测（周期14天） | | | | | | | | | |
| 日期 | | 体温℃ | 健康状况 | 备注 | 日期 | | 体温℃ | 健康状况 | 备注 |
| 12月6日 | |  |  |  | 12月13日 | |  |  |  |
| 12月7日 | |  |  |  | 12月14日 | |  |  |  |
| 12月8日 | |  |  |  | 12月15日 | |  |  |  |
| 12月9日 | |  |  |  | 12月16日 | |  |  |  |
| 12月10日 | |  |  |  | 12月17日 | |  |  |  |
| 12月11日 | |  |  |  | 12月18日 | |  |  |  |
| 12月12日 | |  |  |  | 12月19日 | |  |  |  |
| 其他需要说明的情况 | |  | | | | | | | |
| 本人承诺：自觉履行疫情防控责任和义务，保证以上填报信息真实、客观、有效。 | | | | | | | | | |
| 本人签字： | | | | 签字日期： | | | | | |