附件2

个人健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 手机号码 | |  | |
| 健康码颜色 |  | 工作  单位 |  | | | |
| **本人近14天内是否有以下情况：** | | | | | | |
| 1.是否有发热、干咳、乏力、味觉嗅觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 2.是否属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 3.是否在居住地有被隔离或曾被隔离且未做核酸检测？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 4.是否有国内中高风险地区旅行史或居住史？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 5.是否有境外旅居史？ | | | | 是□：\_\_\_\_（国家/地区） | | 否□ |
| 6.是否属于新冠肺炎确诊病例、疑似病例或无症状感染者的密切接触者以及密切接触者的接触者？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 7.是否有与境外、国内中高风险地区旅居史的发热/呼吸道病例有接触史？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 8.与你共同居住、共同生活、共同工作的密切接触人员当中是否有相似的发热/呼吸道病例？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 9.是否有进口冷冻食品接触史？ | | | | 是□ | | 否□ |
| 本人承诺；我将如实逐项填报健康承诺，如因隐瞒或虚假填报引起检疫传染病传播或者有传播严重危险而影响公共安全的后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《中华人民共和国刑法》《治安管理处罚法》《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。  **申报人：**  **年 月 日** | | | | | | |