# 附件：

# 新化县教育系统2021年教师招聘资格复审及体检健康情况调查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | 电话号码 | | | |  | |
| 电子健康卡 | | | | 绿🞎，黄🞎，红🞎 | |
| 单 位 |  | | | | | 住 址 |  | | | | | |
| 身份证 |  | | | | | | | | | | | |
| 28天内是否有国外旅居史 | | | | 是🞎  否🞎 | | 前往时间 |  | | 返回时间 | | |  |
| 21天内是否有中高风险地区旅居史 | | | | 是🞎  否🞎 | | 前往时间 |  | | 返回时间 | | |  |
| 21天内是否接触过新冠肺炎确诊、疑似病人或无症状感染者 | | | | 是🞎  否🞎 | | 接触时间 |  | | 目前采取的措施 | | | 集中隔离🞎  居家观察🞎  其 它🞎 |
| 14天内是否与国外或中高风险地区回娄人员密切接触 | | | | 是🞎  否🞎 | | 接触时间及接触  情形 | | |  | | | |
| 本人是否感染过新冠肺炎 | | | | 是🞎  否🞎 | | 如果是，请填写病例类型 | 疑似病例🞎  确诊病例🞎  无症状感染者🞎 | | | | | |
| 若为确诊、疑似病例或无症状感染者，是否已完成出院后28天的隔离医学观察，并经定点医疗机构复诊无异常 | | | | | | | | | 是🞎 否🞎 | | | |
| 14天内是否有过以下症状 | | 发热🞎咳嗽🞎咽痛🞎胸闷🞎腹泻🞎头疼🞎乏力🞎  呼吸困难🞎轻度纳差🞎精神稍差🞎恶心呕吐🞎 | | | | | | | | | | |
| 当前是否健康 | 是🞎  否🞎 | 当天  体温 | | ℃ | | 体温是否正常 | 是🞎  否🞎 | | 有无其他症状 | | | 有🞎  无🞎 |
| 其他症状为 | 咳嗽🞎咽痛🞎胸闷🞎腹泻🞎头疼🞎乏力🞎  呼吸困难🞎轻度纳差🞎精神稍差🞎恶心呕吐🞎 | | | | | | | | | | | |
| 承诺：本表为本人如实填写，对内容真实性负责。 | | | 承诺人  签字 | |  | | | 填报  日期 | | 年 月 日 | | |

备注：1.腋温、额温高于37.3度为不正常；2. 本人须如实填写并对所填内容真实性负责。