|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **考生健康状况、行程登记表暨考生承诺书** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | |
| 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 |
| 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | | ×月×日 | | |
| 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 | 体温 | | 当日所 在地 |
| 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 | 上午 | 下午 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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？（对选择项打“√”） | | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) | 本人是否在集中隔离医学观察场所留观过？（对选择项打“√”） | | | | | | | | 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？（对选择项打“√”） | | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) | 近14天内是否出现过发热、乏力、干咳、腹泻等症状？（对选择项打“√”） | | | | | | | | 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？（对选择项打“√”） | | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) | 近14天内本人是否去过医院就诊？（对选择项打“√”）若有，症状或疾病： | | | | | | | | 是 ( ) | 否 ( ) |
|
|
|
| **本人承诺以上所填写情况属实。如有不实愿承担相关法律责任。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 考生签名： （手写签名并按手印） 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |