**考生健康监测记录表**

1. 基本信息

 姓名： 性别： 年龄： 民族： 国籍： 房间号：

 家庭住址： 身份证号码： 联系电话：

继往基础疾病史： 过敏史：

 接触史／旅行史：

1. 居家健康监测期间健康状况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 天数 | 日 期 | 体 温 监 测 | 新冠肺炎相关“十大症状” | 其他健康异常情况 |
| 发热 | 干咳 | 乏力 | 嗅觉味觉减退 | 鼻塞 | 流涕 | 咽痛 | 结膜炎 | 肌痛 | 腹泻 |
| 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 | 早 | 晚 |
| 1 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 |  月 日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |