附件3

新冠肺炎疫情防控个人健康承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年 龄 | | |  | | | |
| 身份证号 |  | | | | 手机号码 | | |  | | | |
| 现居住地址 |  | | | | | 当前体温 | | |  | | |
| 月 日～ 月 日旅居史、健康史及接触史情况 | | | | | | | | | | | |
| 是否有国外旅居史 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否有港澳台旅居史 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否有高、中风险地区旅居史 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否曾被诊断为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否与新冠肺炎确诊病例或无症状感染者有密切接触 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否与来自高、中风险疫情地区人员有密切接触 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 密切接触的家属及同事是否有发热等症状 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 密切接触的家属及同事是否有高中风险地区、港台地区及国境外旅居史 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否接种新冠肺炎疫苗 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 是否有以下症状：发热□ 乏力□ 咽痛□ 咳嗽□ 腹泻□ | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 有发热、乏力、咽痛、咳嗽、腹泻等症状的，是否排除传染病感染 | | | | | | | | 是□ | | | 否□ |
| 健康码（据实在对应颜色方框内打√） | | | | 绿色□ | | | 黄色□ | | | 红色□ | |
| 行程码（据实在对应颜色方框内打√） | | | | 绿色□ | | | 黄色□ | | | 红色□ | |
| 其他需要说明的情况： | | | | | | | | | | | |
| 本人对上述提供的健康相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和扩散，本人愿意承担由此带来的全部法律责任。  承诺人： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |