附件 3

个人健康登记承诺书

姓名： 性别： 年龄： 电话号码：

身份证号： 当日实测体温：

现住址（精确到小区）：

1.近 14 天是否到过中高风险地区:是□否□

2.近 14 天是否接触过来自中高风险地区的亲属、朋友:

是□否□ 如果是，请填写具体时间:

3.近 14 天是否接触过可疑病例及发热病人:是□否□

4.近 14 天是否有家人、朋友发热或患肺炎等疾病:是□否□

5.近 14 天本人是否有如下症状: 发热□咳嗽□寒战□咳痰□鼻塞□流涕□咽痛□头痛□乏力□肌肉酸痛□关节酸痛□气促呼吸困难□胸闷□结膜充血□恶心□呕吐□腹泻□腹痛□

请在横线处手写此内容（本人郑重承诺:上述填写内容真实，自觉履行疫情防控的法律法规义务，承担相应的法律法规责任。）

承诺人(签字): 填写日期:

1. 请在对应的□打“√”。

2.认真实事求是填写此表，填写情况不实后果自负。