附件

七日健康监测登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 电话 |  |
| 身份证号码 |  | 家庭住址 |  |
| 家庭成员(共同居住在一起的成员) | 姓名 | 与本人的关系 | 电话 | 姓名 | 与本人的关系 | 电话 | 姓名 | 与本人的关系 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日期 | 体温 | 本人有无乏力、咳嗽、 发热 情况 | 家人有无乏力 、咳 嗽、发热情况 | 当日所在地 ， 以及当地是否属于中高风险地区 | 有无接 触中高 风险地 区人员 | 其他情况说明(如诊疗情况 、隔离情 况) | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |