个人健康承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 紧急联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 1 | 14天内是否有境外旅居史、与境外回国人员直接或间接接触史？是□，否□ |
| 2 | 14天内是否进出疫情中高风险地区？是□，否□ |
| 3 | 14天内是否有子女、亲属从境外回国或近期是否有回国计划？是□，否□ |
| 4 | 14天内是否接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史？是□，否□ |
| 5 | 14天内本人是否有发热（体温≥37.3℃）、干咳、乏力、咽痛、嗅（味）觉减退、腹泻、流涕、鼻塞、肌痛、结膜炎等症状？是□，否□ |
| 6 | 14天内同住家庭成员是否有发热（体温≥37.3℃）情况？是□，否□ |

**本人承诺以上提供的信息真实准确。如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任。**

本人签名： 年 月 日