附件2

健康申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 手机号码 |  | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 1、是否有发热、气促、呼吸道症状？ | | | | 是□ | 否□ |
| 2、近14天是否有疫情中高风险地区旅居史？ | | | | 是□ | 否□ |
| 3、近14天是否有国外旅居史？ | | | | 是□：\_\_\_\_（国家） | 否□ |
| 4、是否与新冠肺炎确诊或疑似病例有密切接触？ | | | | 是□ | 否□ |
| 5、近14天是否与疫情中高风险地区旅居史的人员有密切接触？ | | | | 是□ | 否□ |
| 6、当前的健康状态是否有异常？ | | | | 是□ | 否□ |
| 本人对上述健康信息的真实性负责。如因提供不实信息造成疫情传播、流行，本人愿承担由此带来的相关法律责任。  申报人：  年 月 日 | | | | | |