**附件：**

**健 康 申 报 卡**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | 政治面貌 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 住址 | |  | | | | | | | |
| 近14天身体健康状况 | | 1.健康（ ）发热（ 次，最高体温T ℃ ）乏力（ ）干咳（ ）呼吸不畅（ ）  2.其他问题简要描述： | | | | | | | |
| 共同居住的家庭成员/同事身体健康情况 | | 1.健康（ ）发热（ ）乏力（ ）干咳（ ）呼吸不畅（ ）  2.其他问题简要描述： | | | | | | | |
| ※本人近28天内是否去过疫情高发区/国境外 | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | |
| ※本人是否已申领使用“四川天府健康通” | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | |
| ※本人是否接触过疫情高发区人员 | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | |
| ※本人是否与确诊病例或疑似病例有接触 | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | |
| ※是否被当地疾控部门或社区要求隔离 | | | | | 是（ ） 否（ ） | | | | |
| ※是否于考前48小时内完成新冠病毒核酸检测 | | | | | 检测时间（ ）检测机构（ ） | | | | |
| ※是否完成全程新冠病毒疫苗接种 | | | | | 接种时间（ ）接种机构（ ） | | | | |
| 我承诺：以上近14天健康状况信息和新冠肺炎流行病学史真实准确，如有隐瞒，愿意承担相应法律责任。  申报人签字： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | | |