**个人健康登记表和健康承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | | |
| 电 话 |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 | | |  | |
| 近14天内有无  进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 | 有（ ） 无（ ） | | | | | |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎  患者史 | 有（ ） 无（ ） | | | | | |
| 48小时内核酸检测合格报告 | 阴性（ ） 阳性（ ） | | 核酸采样  时间 | | |  |
| 有无接种新型冠状病毒疫苗 | 有（ ） 无（ ） | | 接种疫苗  时间 | | |  |
| 目前健康状况(有则 打“√”,可多选): | 发热( )咳嗽( )咽痛( )胸闷( )腹痛( )  头疼( )呼吸困难( )恶心呕吐( )  无上述异常症状( ) | | | | | |
| 其他需要  说明情况 |  | | | | | |

本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实，本人愿意承担由

此引起的一切后果及法律责任。

填报人签名： 年 月 日