

附件 4

新冠肺炎疫情防控要求个人防护情况申报表

姓 名		性 别		年 龄	
身份证号			手机号码		
行程码状态	绿 码: <input type="checkbox"/> 黄 码: <input type="checkbox"/> 红 码: <input type="checkbox"/> 未申领: <input type="checkbox"/>	健康码状态	绿 码: <input type="checkbox"/> 黄 码: <input type="checkbox"/> 红 码: <input type="checkbox"/> 未申领: <input type="checkbox"/>		
活动前 28 天旅居史、健康史及接触史情况					
是否有国外旅居史				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否有港、台旅居史				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否有高、中风险地区旅居史				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否曾被诊断为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否与新冠肺炎确诊病例或无症状感染者有密切接触				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
是否与来自高、中风险疫情地区人员有密切接触				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
密切接触的家属及同事是否有发热等症状				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
密切接触的家属及同事是否有中高风险地区、港台及国外境外旅居史。				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
本人近 14 天健康状况: 健康 <input type="checkbox"/> 发热 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/>					
其它需要说明的情况:					
<p>本人对上述提供的健康相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和扩散,本人愿承担由此带来的全部法律责任。</p> <p>承诺人(签名): _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>					