

附件

健康信息登记表（样例）

为配合新冠肺炎疫情防控工作，保障体检鉴定安全有序开展，需请您配合填写以下信息。

单位/学校		姓名	
身份证号码		联系电话	
现住址			
1. 近2周内是否有以下症状：		有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 发热（体温>37.3 度）			
<input type="checkbox"/> 咳嗽、胸闷、呼吸困难			
<input type="checkbox"/> 乏力、寒战、头痛、咽痛			
<input type="checkbox"/> 鼻塞、流涕、呕吐、腹泻			
<input type="checkbox"/> 其他			
2. 近2周内是否服用退烧药或其他药物？		有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>
如有，请填写药物名称：			
3. 有无新冠肺炎确诊、疑似、无症状感染病史？		有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>
如有，请填写具体情况：			
4. 近2 周内有无发热患者、新冠肺炎患者或无症状感染者接触史？		有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>
如有，请填写具体情况：			
5. 有无接触近2周从国内或国外疫情高发地区返回人员？（航班任务除外）		有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>
如有，请填写具体情况：			
6. 近2周内是否去过省外或境外？（航班任务除外）		有 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>
如有，请填写具体情况：			

注意：若填写本登记表后，进行体检鉴定之前，以上信息发生变化，需重新填写！

本人承诺以上内容属实。

本人签字：

填写日期： 年 月 日

疫情防控，人人有责！瞒报有承担法律责任风险，请如实填写您的相关信息。