人员健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **手机** |  | |
| **工作单位** |  | | **职务** |  | | |
| **身份证号** |  | | **赣通码**  **状态** | |  |  | | --- | --- | | 绿码:⬜ 红码:⬜ | | | 黄码: ⬜ 未申领：⬜ | | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 有 ⬜ | 没有 ⬜ | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 黄码:⬜ 未申领:⬜ | | | 黄码: ⬜ 未申领：⬜ | | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 是 ⬜ | 否 ⬜ | | 有 ⬜ | 没有 ⬜ | | | |
| 近14天内本人及共同居住的家属是否接触过确诊病例、疑似病例或无症状感染者，与他们共同生活、学习、工作、乘坐同一交通工具等近距离接触？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 本人是否曾被判定为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者？  确诊时间：  解除集中隔离时间： | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 本人是否在隔离期（集中隔离或居家隔离）或随访健康监测期？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 近3个月本人是否有境外旅居史？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 本人是否密切接触过入境不满3个月的入境人员？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 近14天内本人及共同居住的家属是否有国内高、中疫情风险地区旅居史，或在其他有病例报告社区的居住史？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 近14天内本人是否接触过来自国内高、中疫情风险地区人员，或是接触过来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状患者？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 近14天内是否出现过发热、乏力、干咳、腹泻等症状？ | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 近7天是否做过新冠肺炎核酸检测？ 检测时间： 检测结果： 检测原因： | | | | 是 ⬜ | | 否 ⬜ |
| 其他需说明的情况（如无，请填无）: | | | | | | |
| 本人承诺以上所填写情况属实，本人愿承担相关法律责任。  **签名：** **时间**： 年 月 日 | | | | | | |