健康登记表和健康承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 家庭详细住址 |  | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 紧急联系人电话 |  |
| 近14天有无境外、中高风险地区旅居史 |  | | |
| 有无接触确诊病例、疑似病例及其密切接触者 |  | | |
| 目前健康状态（有则打“√”，可多选）  发热（ ）咳嗽（ ）咽痛（ ）胸闷（ ）腹泻（ ）  头疼（ ）乏力（ ）呼吸困难（ ）恶心呕吐（ ）  **无上述异常症状（ ）** | | | |
| 其他需要  说明的情况 |  | | |

**本人承诺以上提供的资料真实准确，如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任！**

填报（承诺）人签名： 填报日期：