附件 2

**个人健康信息申报表**

姓名： 性别：男□ 女□ 年龄：

住址： 目前就读学校： 联系方式：

联系电话： 身份证号：

1.近 28 天是否有境外或港台地区旅居史：是□ 否□ ，如有请注明国家（地

区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_入境时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

2.近 14 天是否有境内中高风险地区或封闭封控区旅居史：是□ 否□

3.近 14 天是否有境内中高风险地区或封闭封控区所在城市旅居史：是□

否□，如有请注明城市：\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_区，最后离开风险地区所在

城市的时间为：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.近 14 天是否接触过来自中高风险或封闭封控区的亲属、朋友：是□否□

5.近 14 天是否接触过可疑病例及发热病人：是□ 否□

6.近 14 天是否有家人、朋友发热或患肺炎等疾病：是□ 否□

7.是否曾经诊断为新冠肺炎病例、无症状感染者：是□ 否□

8.是否为正在隔离或健康监测的对象：是□ 否□

9.近 14 天是否有省外旅居史：是☑ 否□ ，如有请注明\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_市

\_\_\_\_\_\_\_区；前往时间\_\_\_\_\_\_\_，最后离开时间\_\_\_\_\_\_\_

10.近 14 天您本人是否有如下症状：

发热□ 咳嗽□ 寒战□ 鼻塞□ 流涕□ 咽痛□ 头痛□

嗅（味）觉减退□ 乏力□ 肌肉酸痛□ 关节酸痛□ 胸闷□

气促呼吸困难□ 结膜充血□ 恶心□ 呕吐□ 腹泻□ 腹痛□

或有其他需要说明的身体不适症状

□ 经核，本人均无上述相关情况

11. 健康码 □绿色 □黄色 □红色

12. 行程码 □无带“\*”城市旅居史 □带“\*”城市旅居史

本人承诺：如实填写上述内容，自觉履行疫情防控的法律法规义务，承

担相应的法律法规责任。

填表人（签字）： 填写日期： 年 月 日

请在对应的□打“√”。