

附件

## 个人健康情况排查表

姓名：\_\_\_\_\_ 体温：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

单位：\_\_\_\_\_ 职业（职务）：\_\_\_\_\_

现居住地址（具体到门牌号）：\_\_\_\_\_

有关情况	本人	共同居住人员
<b>一、流行病学史</b>		
1. 21天内有中、高风险地区旅居史 具体地区名单：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 28天内本人有境外旅居史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 21天内曾接触过来自中、高风险地区的有发热或呼吸道症状的患者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 21天内曾接触过新冠病毒感染者或其密切接触者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 聚集性发病患者（21天内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现2例及以上发热或呼吸道症状的患者）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>二、风险人群</b>		
1. 流行病学史中所述任一情况人员的共同居住者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 本人或共同居住者从事可能接触新冠病毒或新冠病毒感染者相关工作的较高风险人群，主要包括：		
①进口冷链、海鲜、肉类等食品监管和从业人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
②集中医学观察场所从业人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
③新冠肺炎医疗救治定点医院、医疗机构发热门诊和急诊等相关各类人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
④边境、港口、码头、口岸、进口货物直接接触人员，民航等国际交通运输工具从业人员、船舶引航员等登临外籍船舶相关从业人员，移民、海关以及交通运输等相关工作人员等	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 纳入社区管理处于健康监测期的来自中高风险地区人员、解除医学观察人员、入境人员等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>三、新冠肺炎相关症状</b>		
目前有，或者14天内有： 发热 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 干咳 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 乏力 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 鼻塞 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 流涕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 咽痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 肌痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 结膜炎 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 腹泻 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 嗅（味）觉减退（丧失） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

请确认上述情况属实。根据《传染病防治法》及疫情防控要求，不如实提供信息将承担相应法律责任。

签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月