附件2：

**个人健康状况申报表**

姓 名： 身份证号：

性 别： 联系电话：

按照国家新冠肺炎防控要求，为了您和他人安全，请如实回答以下筛查内容：

**一、流行病学史**

1.请问14天内您是否有中、高风险地区旅行史或居住史？

⬜否 ；⬜是，时间 ，地点

1. 请问14天内您是否有境内其他有病例报告的社区旅行史或居住史？

⬜否； ⬜是，时间 ，地点

3.请问14天内您是否有与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）接触史？

⬜否；⬜是，时间 ，地点 ，接触者姓名：

4.请问14天内您是否接触过中、高风险地区的发热或有呼吸道症状的患者？

⬜否；⬜是，时间 ，地点 ，接触者姓名：

5.请问14天内您是否接触过境内其他有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者？

⬜否； ⬜是，时间 ，地点 ，接触者姓名：

6.请问14天内您所在小范围内（如家庭、学校班级等场所）是否出现2例以上发热和/呼吸道症状的病例？

⬜否；⬜是，时间 ，地点 ，病例姓名：

**二、症状和体征**

请问您近14天内是否有以下症状、体征（可多选）？

⬜无 ⬜有

⬜发热 ⬜干咳 ⬜乏力 ⬜鼻塞 ⬜嗅觉味觉减退 ⬜流涕 ⬜咽痛 ⬜结膜炎 ⬜肌痛 ⬜腹泻

本人确认以上内容属实，如果因为隐瞒导致传染病传播风险，将按照《中华人民共和国传染病防治法》等相关法律规定承担相应责任。

本人签字：

年 月 日