健康信息申报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **联系方式：** | |
| 普法告知：请您如实申报并告知以下情况，如果因隐瞒导致传染病传播风险，按照《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》规定，可能涉嫌违法，将承担相应法律责任。谢谢您的理解与配合！ | | | | |
| 1 | 截止今天，前14天内您及共同生活的家庭成员是否有境外、广州及其他疫情较重地区的旅行史或居住史？ | | | □是 □否 |
| 2 | 截止今天，前14 天内您及共同生活的家庭成员是否与新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者及以上三类人员的密切接触者有接触史？ | | | □是□否 |
| 3 | 截止今天，前 14天内您及共同生活的家庭成员是否到过有病例报告社区的旅行史或居住史？ | | | □是 □否 |
| 4 | 截止今天，前 14 天内您生活或工作的地方是否存在新冠肺炎聚集性发病（2 例及以上）？ | | | □是 □否 |
| 6 | 请问您当前身体情况？  □正常 □感冒症状 □发烧□咳嗽□胸闷□结膜炎   □其他症状（症状描述： ） | | | |
| 备 注 | 请在对应□内划“√” 。请您在提交健康信息申报表后，若发现与申报的情况有变化或发现身体有异常情况，请及时与达州市国有资产监督管理委员会联系，联系方式：0818-5337506。 | | | |

申报人签名： 填表日期： 年 月 日