|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人健康档案及承诺书 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 联系电话 | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 居住地 | 省 市 区（县） 街道（镇、乡） 村（小区） | | | | | | | | | | |
| 近期是否接触过确诊人员 | | | | | 是□ 否□ | | 近期是否接触过无症状感染者 | | | | 是□ 否□ |
| 本人共同生活家庭成员中近14天内是否有中高风险地区旅居史（如有，请写明时间、地点） | | | | | 是□ 否□ | | | | | | |
| 本人现场报名前14天健康及行程记录 | | | | | | | | | | | |
| 日期 | | 体温 | 是否中高风险地区返（来）渝人员或病例 | | 有无发热、皮疹、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻、呕吐等症状（如有，填写具体情况） | | | | 当天是否外出（指离开居住地所在区县，如有请填写所到地及停留时间） | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| 月 日 | |  |  | |  | | | |  | | |
| **现场报名当天（ 月 日），本人体温是否正常 是□ 否 □，健康码或通信行程卡是否为绿码 是□ 否 □。**  **本人承诺以上填报内容属实，如提供虚假、失实信息造成疫情传播，自愿承担相应法律责任。（由本人将该内容手写在下面横线空白处）** | | | | | | | | | | | |
| **本人签名并按手印：**  **2021年 月 日** | | | | | | | | | | | |

附件6：