健康登记表和健康承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 紧急联系人姓名 |  |
| 近14天内有无进出新型冠状病毒肺炎疫情中高风险地区 | 有（ ） 无（ ） |
| 有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史 | 有（ ） 无（ ） | 紧急联系人员电话 |  |
| 目前健康状况（有则打“√”，可多选） | 发热（）咳嗽（）咽痛（）胸闷（）腹痛（）头痛（）呼吸困难（）恶心呕吐（）无上述异常症状（） |
| 其它需要说明情况 |  |
|  |  |
|  |  |

本人承诺以上提供的资料真实准确，如有不实，本人愿意承担由此引起的一切后果及法津责任。

**填报人签名： 填报日期：**