**附件4**

**健康信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | | 联系方式 |  |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | |
| 本人参会前14天内 | | | | | | | | | | |
| □ 有境外旅行史 □ 有国内出差或旅行史（去过的城市： ） | | | | | | | | | | |
| □ 居住、去过、途经中高风险地区 □ 近距离接触过新冠肺炎疑似/确诊病例 | | | | | | | | | | |
| □ 其他特别情形 □ 无上述情形 | | | | | | | | | | |
| 本人目前健康状况 | | | | | | | | | | |
| □ 发热 | | □ 干咳 | | □ 乏力 | | □ 胸痛 | | □ 腹泄 | □ 无上述异常症状 | |
| 家庭共同生活成员健康状况 | | | | | | | | | | |
| □ 发热 | | □ 干咳 | | □ 乏力 | | □ 胸痛 | | □ 腹泄 | □ 无上述异常症状 | |
| 本人承诺以上的资料真实准确。如有不实，本人愿意承担由此引起的一切后果及法律责任。    填报人： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |