附件3：

**个人14天健康登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 准考证号 | |  | | | 联系方式 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | | |
| 体温  记录 | 日期 | 第1天 | | 第2天 | | 第3天 | 第4天 | | 第5天 | 第6天 | 第7天 |
| 体温 |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 日期 | 第8天 | | 第9天 | | 第10天 | 第11天 | | 第12天 | 第13天 | 第14天 |
| 体温 |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 本人是否有发热、干咳、咽痛、嗅（味）觉减退、腹泻等症状？ | | | | | | 否（ ）  是（ ）具体情况： | | | | | |
| 本人及共同生活的家人是否有最新公布中高风险旅居史或与中高风险地区亲朋有接触史？ | | | | | | 否（ ）  是（ ）具体情况： | | | | | |
| 本人是否被隔离（隔离人员为疾控中心通知被带到定点隔离酒店的人员）？ | | | | | | 否（ ）  是（ ）具体情况： | | | | | |
| 本人及共同生活的家人与感染新型冠状病毒肺炎患者或疑似患者是否有过密切接触？ | | | | | | 否（ ）  是（ ）具体情况： | | | | | |
| 本人与共同生活的家人是否拟一周内回国？ | | | | | | 否（ ）  是（ ）具体情况： | | | | | |
| 本人承诺以上情况属实。如有隐瞒，将承担相应责任。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**说明**：个人14天健康登记表视为承诺书，必须如实填写，本人签字确认。根据《中华人民共和国传染病防治法》和《中华人民共和国刑法》相关规定，个人隐瞒病情、瞒报信息、拒绝隔离，将被追究法律责任。