新冠肺炎疫情防控健康承诺书

姓 名： 身份证号码：

学院/部门： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 近14天有无到境外旅居史 | | □无 □有：国家/地区 交通方式 | |
| 近14天有无与境外归国人员密切接触史 | | □无 □有：国家/地区 | |
| 近14天有无湖北/武汉旅居史 | | □无 □有：城市 交通方式 | |
| 近14天有无疫情中高风险地区旅居史（包含途经） | | □无 □有：城市 交通方式 | |
| 近14天有无接触新冠肺炎确诊病例 | | □无 □有：接触地点 可能接触方式 | |
| 近14天有无接触新冠肺炎无症状感染者 | | □无 □有：接触地点 可能接触方式 | |
| 近14天有无接触新冠肺炎疑似病例 | | □无 □有：接触地点 可能接触方式 | |
| 近7天核酸检测结果 | | □未做 □阴性 □阳性 | |
| 近7天血清学IgG抗体结果 | | □未做 □阴性 □阳性 | |
| 近7天血清学IgM抗体结果 | | □未做 □阴性 □阳性 | |
| 近14天体温测量记录 | | | |
| 日期 | 体温 | 日期 | 体温 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 近14天有无以下临床表现：  □发热（≥37.3℃），□干咳，□咳痰，□咽痛，□乏力，□气促，□胸闷，□头痛，□恶心，□呕吐，□腹泻，其他症状： | | | |
| 健康电子码颜色 | | □绿 □黄 □红 | |
| **本人承诺以上内容均属实。（签名必须本人手写）**  签名：  年 月 日 | | | |