附件1

达州中医药职业学院2020年扩招考试健康表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人姓名** | |  | | | | **性别** | |  | | **出生年月** | |  | | | | | **联系方式** | |  | | | | | |
| **毕业学校** | |  | | | | | | **家庭住址** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **本人相关情况** | | **健康状况** | | | **近14天是否离开当地** | | | | **是否属于确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | | | | **是否曾前往或接触境外等疫情防控高、中风险地区或重点地区的人员** | | | | | | | | **是否接触过确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | |
| 是🞎 否🞎 | | | 是🞎 否🞎 | | | | 是🞎 否🞎 | | | | | 是🞎 否🞎 | | | | | | | | 是🞎 否🞎 | | |
| **近14天去向（离开过当地的人员填写）** | |  | | | | | | | | | | | **离开**  **时间** | | |  | | | | | **返回**  **时间** | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
| **本人近14天健康状况（注明日期、每天所在地；如选“否”则需说明情况）** | 是🞎 否🞎  11月 14日  省市  体温度数： | | 是🞎 否🞎  11月15日  省市  体温度数： | | | | | 是🞎否🞎  11月 16日  省市  体温度数： | | | 是🞎 否🞎11月 17日  省市  体温度数： | | | | 是🞎否🞎  11月18日  省市  体温度数： | | | | | 是🞎否🞎  11月 19日  省市  体温度数： | | | | 是🞎 否🞎  11月 20日  省市  体温度数： |
| 是🞎 否🞎  11月 21日  省市  体温度数： | | 是🞎 否🞎  11月22日  省市  体温度数： | | | | | 是🞎否🞎  11月 23日  省市  体温度数： | | | 是🞎 否🞎  11月 24日  省市  体温度数： | | | | 是🞎否🞎  11月 25日  省市  体温度数： | | | | | 是🞎否🞎  11月26日  省市  体温度数： | | | | 是🞎 否🞎  11月 27日  省市  体温度数： |
| **本人或共同生活人员需要说明的其它情况：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **共同生活人员** | | **关 系** | | | | | **共同生活人员相关情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否属于确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | | | **是否曾前往或接触境外、北京等疫情防控高、中风险地区或重点地区的人员** | | | | | | | **是否接触过确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | | | | **最近14天以来健康状况**  **（如选“否”，请写明情况）** | |
|  | |  | | | | | 是：  否□ | | | | 是：  否□ | | | | | | | 是：  否□ | | | | | 是□  否□： | |
|  | |  | | | | | 是：  否□ | | | | 是：  否□ | | | | | | | 是：  否□ | | | | | 是□  否： | |
|  | |  | | | | | 是：  否 | | | | 是：  否 | | | | | | | 是：  否 | | | | | 是  否： | |
|  | |  | | | | | 是：  否 | | | | 是：  否 | | | | | | | 是：  否 | | | | | 是  否： | |
|  | |  | | | | | 是：  否 | | | | 是：  否 | | | | | | | 是：  否 | | | | | 是  否： | |
| **本人或监护人**  **真实性承诺**  **（签名、手印）** | | | | 根据《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规规定，本人郑重承诺：以上所填写内容均真实，如有虚假，本人愿意承担相关法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**备注：**1. 请考生应如实填写健康卡。

1. 健康卡应由本人或监护人签字承诺。
2. 如出现可疑症状（如发热、咳嗽、咽痛等），请及时就医，严禁带

病入校。