14天健康登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | | 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| 身份证 |  | | | | | | | 居住地 | |  | | | | | | | | |
| 日期 | 月  日 | | 月  日 | 月  日 | 月  日 | 月  日 | 月  日 | 月  日 | 月  日 | 月  日 | | 月  日 | | | 月  日 | 月  日 | 月  日 | 月  日 |
| 上午  体温 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |
| 下午  体温 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |
| 健康  状况 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |
| 有无中、高风险区出行史及境外归国人员接触史 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  |
| 本人郑重承诺:如实填写上述内容，自觉履行疫情防控法律法规义务，承担相应的法律法规责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人签字 | |  | | | 监护人签字 | | |  | | | 日期 | | | 2020年  月  日 | | | | |